

LA SPHINCTEROTOMIE ODDIENNE

TECHNIQUE, RESULTATS ET INDICATIONS

(Serie Homogène de 361 cas)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 1973

par

MEHEL Mejdoub

né le 20 Décembre 1945 à Mostaganem

MEMBRES DU JURY:

M.M. B. MENTOURI,

Professeur de chirurgie générale

} **Président**

G. ILLOUL,

Professeur de gastro-entérologie..

P. ROCHE,

Professeur de chirurgie générale..

} **J u g e s**

S. BENDALI-AMOR

Professeur de chirurgie générale..



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548217_0007

=O°= /// ⁻⁻⁻ERMENT D'HYPPOCRATE =O°=
+++++

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

J E D E D I E C E T T E T H E S E :

- . A la mémoire de mon père
- . A ma mère
- . A mon frère
en témoignage de mon affection,
et pour tous les sacrifices consentis.
- . A ma femme
- . A mon fils
- . A toute ma famille
- . A tous mes amis
- . A tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation
de ce travail.

[T-] NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Professeur B. MENTOURI.

Au cours de nos stages dans son service, il nous a accueillis avec la plus grande bienveillance ;

Nous avons pu y admirer son sens clinique, son talent opératoire à la fois sûr et aisé, ses dons d'organisateur qui font de son service un service pilote.

La confiance dont il nous a toujours honorée nous est un encouragement permanent.

Il nous a fait l'honneur de bien vouloir présider notre Jury de Thèse.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive et sincère reconnaissance.

[F-] MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ILLOUL.

Son enseignement clair, tant à la Faculté qu'au lit du malade, a toujours fait l'objet de notre admiration.

Nous sommes très sensibles à l'honneur qu'il nous fait de bien vouloir juger ce travail.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.

[7-] MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ROCHE.

Nous avons été conquis à la fois par sa gentillesse à l'égard des jeunes, par sa science médicale et par le souci de nous en faire profiter.

Son immense culture, son talent clinique et chirurgical, l'enthousiasme qu'il a su nous transmettre, nous ont été précieux.

Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui lui exprimer notre profonde gratitude.

[T-] MONSIEUR LE PROFESSEUR S. BENDALI AMOR

Ses qualités brillantes d'enseignant et d'opérateur nous ont fait l'admirer dès nos premières années d'études, et surtout au cours de l'année passée dans son service.

Nous sommes sensibles à l'honneur qu'il nous fait de siéger parmi nos juges.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

[T-]U DOCTEUR A. SALEM, Maître Assistant.

*Pour l'aide précieuse qu'il nous a procurée
au cours de ce travail.*

*Ses conseils prodigués avec bienveillance
nous ont été profitables.*

Qu'il soit assuré de notre gratitude.

[T-]U DOCTEUR M. ZITOUNI, Maître Assistant.

*Son ardeur au travail, l'intransigeance de
son raisonnement nous ont séduits.*

*Il nous a inspiré notre sujet de Thèse et n'a
cessé de nous guider de ses conseils et de son aide
efficace.*

Qu'il soit assuré de notre amitié.

[T-] TOUS NOS MAITRES

. de LA FACULTE

. et des HOPITAUX

AVEC TOUTE MA RECONNAISSANCE.



I° /	INTRODUCTION--- HISTORIQUE	Page 10
II° /	RAPPEL --- ANATOMIQUE	14
III° /	RAPPEL --- PHYSIOLOGIQUE	18
IV° /	TECHNIQUE --- OPERATOIRE	24
	a) Les temps préparatoires .	
	b) La sphincterotomie .	
	c) Avantages et inconvénients .	
	d) Les gestes associés .	
V° /	C L I N I Q U E	37
	- Fréquence .	
	- Age et terrain .	
	- Place de la sphincterotomie	
	en fonction des lésions .	
VI° /	ACCIDENTS PER - OPERATOIRES	50
VII° /	LES RESULTATS IMMEDIATS	56
	- Mortalité Opératoire	
	- Complications post-opératoires précoces	
VIII° /	LES RESULTATS LOINTAINS	70
IX° /	INDICATIONS	79
X° /	NOS OBSERVATIONS	85
XI° /	CONCLUSIONS	104
XII° /	BIBLIOGRAPHIE	106

II MI T R □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

===== HISTORIQUE =====

L'abord de la région ampullaire vaticienne est un geste entré dans la pratique presque courante de la pathologie bilio-pancréatique.

De nos jours, la section du sphincter d'Oddi est un geste fréquemment employé; cependant, cette sphinctérotomie n'a pas acquis facilement sa place dans la chirurgie biliaire. C'est un geste encore redouté par de nombreux chirurgiens.

L'histoire de la sphinctérotomie est émaillée de discussions nombreuses et passionnées dans les sociétés savantes, et ce, jusqu'à nos jours.

ODDI, en 1887, suspecte l'existence d'un appareil sphinctérien sur la terminaison du cholédoque chez le chien.

De nombreux travaux anatomiques, parmi lesquels émergent ceux de BOYDEN et NEGRI, et plus récemment ceux de RETTORI, démontrent la **réalité** du sphincter d'Oddi et surtout sa complexité comme nous le verrons au chapitre anatomique.

La première sphinctérotomie a été réalisée par MAC BURNEY en 1891 pour calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Il fut plus tard suivi par KOCHER et KEHR (1894), MAYO ROBSON (1897) et GOSSET (1913).

Mais ces tentatives restèrent sans lendemain et la majorité des auteurs adoptèrent l'anastomose cholédoco-duodénale préconisée par SASSE, devant tout calcul bas situé, d'extraction difficile par voie haute.

C'est à DEL VALLE et DONOVAN en 1926, que revient l'honneur de démontrer la possibilité et la réalité d'une maladie autonome du sphincter d'Oddi et son traitement par la sphinctérotomie. Cependant l'abord du sphincter d'Oddi reste encore redouté par la majorité des auteurs qui lui préfèrent l'anastomose bilio-disgestive.

L'introduction de la radiomanométrie per-opératoire par MIRIZZI en 1931, et sa généralisation a permis de démontrer la grande fréquence de la pathologie du sphincter d'Oddi, qui entre pour une grande part dans la genèse du syndrome post-cholécystectomie.

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, grâce aux progrès de l'anesthésie-réanimation qui permirent tant d'audace dans d'autres domaines, que la sphinctérotomie trouva sa place dans l'arsenal thérapeutique de la chirurgie biliaire.

Cette nouvelle ère de la sphinctérotomie a été inaugurée par JONES et SMITH en 1952, qui "redécouvrent" et décrivent la sphinctéroplastie transduodénale.

Depuis cette date de nombreux auteurs s'intéressent à la sphinctérotomie et des modalités techniques variées ont été décrites que nous pouvons diviser en deux grands groupes :

A) LES SPHINCTEROTOMIES PAR VOIE HAUTE : le grand reproche qui leur est fait, est d'être des techniques aveugles, permettant la section du sphincter sans le contrôle de la vue.

B) LES SPHINCTEROTOMIES PAR VOIE BASSE : utilisées par la majorité des auteurs ; les techniques varient avec les écoles. Il en existe deux grandes modalités ;

- La sphinctéroplastie prônée par GOINARD et PELISSIER, qui consiste en une sphinctérotomie large, concernant le sphincter commun et le sphincter propre du cholédoque jusque dans sa portion extra-duodénale.

- La sphinctérotomie mesurée : consiste en une section du sphincter commun élargie parfois au sphincter propre du cholédoque, mais dans sa portion intra-duodénale uniquement. -

Dans le cadre de ces sphinctérotomies mesurées, nous utilisons une technique particulière, mise au point par notre maître, monsieur le Professeur SEROR, et collaborateurs. Elle sera exposée dans un chapitre à part.

Nous essaierons, à la lumière de dix années de sphinctérotomie (1963-1972), maintenant que cette technique a atteint l'âge de raison, de faire le point sur ce geste thérapeutique, ses indications et ses résultats.

$\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$

$\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$ $\overline{H}(\overline{H})$

- C'est ODDI qui découvrit le premier en 1887; l'appareil sphinctérien situé à la terminaison du cholédoque ;
- Par la suite, de nombreuses études tentèrent de préciser l'aspect de la jonction chalédoco-pancréatico-duodénale.

I - LA JONCTION CHLEDOCO-PANCREATICO-DUODENALE

- Classiquement, le cholédoque s'abouche à la partie moyenne de deuxième duodénum, à l'union de ses faces postérieure et interne, par un confluent commun avec le canal de Wirsung, réalisant l'ampoule de Vater qui pénètre obliquement à travers la musculeuse duodénale, sur un trajet de un centimètre de longueur environ.

- En fait, les variations morphologiques sont nombreuses,

a) L'abouchement dans le duodénum peut se faire depuis le premier duodenum jusqu'à l'angle duodénoéjéjunal.

ALBOT et KAPANDJI distinguent ainsi trois types de cholédoques : court, moyen et long selon leur niveau d'abouchement.

b) Le confluent bilio-pancréatique est lui aussi, très variable :

- Le plus souvent le cholédoque et le canal de Wirsung se réunissent en un canal commun qui débuche dans la papille,
- Plus rarement ils s'accolent sans fusionner et la papille présente deux orifices distincts et voisins,
- Il est enfin exceptionnel que le cana de Wirsung s'abouche isolément au dessous de la papille.

II - LE SPHINCTER D'ODDI -

Il est fait de trois sphincters autonomes :

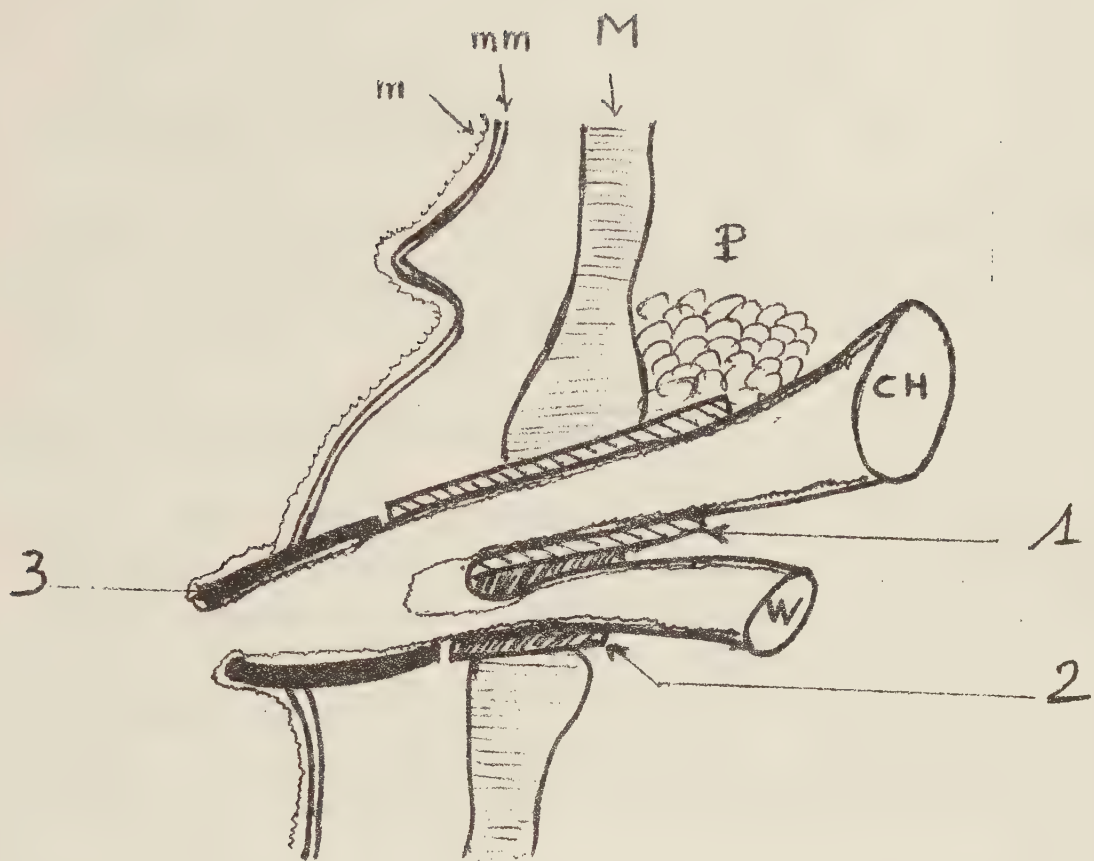
...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...

...the ... of ...
...the ... of ...
...the ... of ...



ANATOMIE NORMALE (d'après RETTORI)

- CH. Cholédoque
- W. Wirsung
- P. Pancréas
- 1. Sphincter propre Cholédoque
- 2. Sphincter propre Wirsung
- 3. Sphincter commun
- m. Muqueuse
- mm. Muscularis mucosae
- M. Musculeuse

a) Le sphincter propre du cholédoque

Long de 8 à 10 millimètres, il entoure la partie terminale du cholédoque; sa moitié, ou ses 2/3 intérieurs ont une situation intraduodénale. Il constitue l'élément le plus puissant du système oddien.

b) Le sphinter propre du canal de Wirsung -

Moins étendu et moins puissant que le précédent, il est long de 3,5 à 4 millimètres; au niveau de la confluence des deux canaux se constituent un "noeud musculaire" particulièrement solide.

c) Le sphinter commun -

Long de 5 à 6 millimètre, il entoure enfin le canal commun, ou la partie terminale des deux canaux lorsqu'ils restent distincts.

Tous ces différents dispositifs musculaires serviraient à prévenir le reflux pour certains auteurs. En fait, pour CAROLI l'obliquité du trajet intramural du chaolédoque suffirait à elle seule, à assurer une protection des voies pancréato-biliaires contre un éventuel reflux.

La vascularisation de cette région est assurée par l'artère commussurale ventrale. Née de l'arcade artérielle postéro-supérieure et parfois de la gastro-duodénale, elle croise le cholédoque terminal, le plus souvent par en avant. Elle se termine en s'anastomosant dans la moitié des cas avec l'arcade artérielle antéro-inférieure.

A *-* *P* *P* *E* *L*

=== PH YS IO LO GI QU E ===

I°/ PHYSIOLOGIE

Le fonctionnement du sphincter d'Oddi était mal connu jusqu'à ces dernières années , et seules des hypothèses pouvaient être émises .

Actuellement les moyens d'investigations sont nombreux : Depuis la cholangiographie lipiodolée (MIRIZZI) la radiomanométrie per-opératoire (MALLET-GUY, CAROLI, HEPP), l'utilisation de l'amplificateur de brillance et du radiocinéma, jusqu'aux techniques les plus récentes telles la débinétrie (ROUX, DEBRAY, BESANCON, STALPORT et NICOLAS) la kinésimétrie (POILLEUX, KAPANDJI) , et la radiomanométrie biliaire électronique(Ph. DETRIE) .

Ce sont surtout les travaux de COSCO-MONTALDO, reprise plus récemment par Ph. DETRIE et COLL, qui nous permettent de mieux comprendre le comportement du sphincter d'Oddi et son fonctionnement après l'intervention .

Rappelons que cet auteur a enregistré les courbes de pression régnant dans le duodénum juxta-papillaire et dans la papille chez des malades cholédocotomisés, et qui recevaient par cette cholédocotomie, des sondes captrices de pression très fines .

Ainsi cet auteur, a enregistré les pressions duodénales et oddiennes :

a) Les pressions duodénales :

La pression de repos dans le duodénum est de 5mm Hg. Le duodénum est animé de deux types de salves de contractions .
 ---- Les petites salves: (4 à 6 contractions) font monter la pression à 50 mmHg; elles représentent la transmission au niveau du duodénum, d'ondes prérustaltigènes, à point de départ antral .

-----) Les grandes salves : ont la même amplitude, mais elles représentent une cinquantaine de contractions échelonnées sur 5 minutes. Elles sont à point de départ duodénal.

Les pressions oddiennes : au niveau de l'ampoule de Vater, les courbes n'ont pas le même aspect ;

Il existe des ondes de contractions permanentes et régulières qui sont biphasiques ; c'est à dire chaque onde est séparée de la suivante par une période de repos. Les contractions atteignent 25 mmHg ; les périodes de repos 10 mmHg.

Tel est le rythme de l'Oddi au repos ; mais au moment des salves duodénales, le rythme devient calqué sur celui du duodénum, avec cependant un gradient toujours supérieur de quelques mmHg.

Ainsi, il ressort de ces différents travaux, que le sphincter d'Oddi fonctionne de façon AUTOMATIQUE et AUTONOME :

- L'activité du sphincter d'Oddi est indépendante de l'activité du duodénales mais il existe une corrélation tensionnelle duodéno-cholédocienne. COSCO-MONTALDO décrit une "double" commande alternée du carrefour

- la commande oddienne, régulière et constante s'exerçant pendant les phases d'inactivité duodénale

- et la commande duodénale qui est transitoire irrégulière, et qui provoque un blocage physiologique du carrefour avec hypertension cholédocienne, intervenant dans le remplissage vésiculaire.

En outre, l'automatisme du sphincter d'Oddi est soumis aux modifications que peuvent lui imprimer des facteurs nerveux, psychiques et humoraux.

a) Les facteurs neuro-psychiques :

1- Le système neurovégétatif : les pneumogastriques et surtout le droit interviennent dans la tonicité du sphincter ; l'excitation forte, un spasme.

L'excitation du splanchnique droit inhiberait le tonus cholédocien.

La vagotomie peut-être suivie d'une hypotonie sphinctérienne.

Des interventions portant sur ces deux nerfs ont pu être proposées dans le traitement des dyskinésies biliaires (MALLET GUY).

2- Le système nerveux central : peut agir sur le sphincter et une pathogénie psycho-somatique de l'oddite a été évoquée (MALLET-GUY)

3- Le rôle du plexus cystique serait capital (STALPORT) sa section entraîne plus au moins rapidement un spasme oddien. La section de ce plexus, au cours de cholécystectomies avec dissection trop poussée du trépid biliaire expliquerait certains spasmes oddiens avec dilatation cholédocienne.

b) Les facteurs humoraux

La cholécysto-kinine a une action dilatatrice sur le sphincter d'Oddi ; elle s'associe aux effets du plexus cystique pour assurer une parfaite corrélation vésiculo oddienne.

II. PHYSIOPATHOLOGIE

Le sphincter d'Oddi peut présenter deux types de lésions :

-----) Des lésions fonctionnelles constituant les dyskinésies.

-----) Des lésions organiques.

a) Les dyskinésies : Ce sont des lésions en rapport avec des modifications du tonus sphinctérien ; elles peuvent être isolées ou liées à des lésions des voies biliaires sus-jacentes, ou d'un autre organe du tractus digestif en relation avec le sphincter par le système nerveux végétatif sous diaphragmatique.

1- Hypotonies : elles ne sont pathologiques, que quand elles sont accompagnées d'un dysfonctionnement du sphincter ; elles ne relèvent jamais de la chirurgie oddienne directe.

2- Hypertonies : elles ont fait l'objet de nombreux travaux :

Vers 1940, l'introduction de la radiomanométrie systématisée par MALLET-GUY, lui permit de rapporter plusieurs observations typiques d'hypertonie oddienne primitive, avec sphincter macroscopiquement sain et qui furent guéries par section du sphincter.

En 1945, FEROLDI décrivit dans sa thèse, cette maladie du sphincter d'Oddi dont le diagnostic ne peut être affirmé que par la radiomanométrie per-opératoire.

b) Les lésions organiques : souvent la lésion correspond à la description de "cholédoco-oddite scléro-rétractile" qu'en firent DEL VALLE et DONOVAN en 1926 ; tous les éléments du sphincter sont atteints ;

- la muqueuse est hyperplasique
- le tissu collagène est très abondant
- les fibres musculaires subissent une dégénérescence et une sclérose.
- le tissu élastique a disparu et les glandes sont altérées (atrophie ou hypertrophie) ;

Au maximum, est réalisé le "nodule fibro-musculoglandulaire" très dur, dont peut venir à bout un geste chirurgical.

En fait, toutes les lésions ne présentent pas l'ensemble des caractères de l'oddite scléro-rétractile :

certaines formes sont essentiellement inflammatoires ;

Parfois les altérations sont encore moins marquées, parfois purement oedémateuses. La question de la réversibilité de ces lésions reste non tranchée :

- De nombreux auteurs (MALLET-GUY, MIRIZZI, MIALARET et EDELMAN, STALPORT) admettent que les altérations qui n'ont pas atteint le stade de sclérose organisée sont susceptibles de regresser.

- Pour GOINARD, toute atteinte sphinctérienne est irréversible et évoluera vers la sclérose ; elle est donc justiciable de la chirurgie oddienne directe.

$\overline{II} \quad \overline{IE} \quad \overline{II} \quad \overline{II-} \quad \overline{II-} \quad \overline{II} \quad \overline{II-} \quad \overline{II} \quad \overline{IE}$

$(\overline{II} \quad \overline{II-}) \quad \overline{IE} \quad \overline{II-} \quad \overline{II-} \quad \overline{II} \quad \overline{II} \quad \overline{II-} \quad \overline{IE}$

Le but de l'intervention est de pouvoir réaliser une section du sphincter d'Oddi.

LES TECHNIQUES SONT NOMBREUSES ET VARIEES :

I - SPHINCTEROTOMIE PAR VOIE HAUTE : elle est réalisée en introduisant dans le cholédoque ; après cholédocotomie, un sphinctérome de L. LEGER et desectionner le sphincter à l'aide de cet instrument, cette technique à l'avantage d'éviter la duodénotomie ; ses inconvénients résident dans le caractère aveugle de la section, dans l'impossibilité de contrôler une hémorragie sphinctérienne, et surtout dans le fait que l'instrument ne peut franchir les défilés étroits.

II - SPHINCTEROTOMIE PAR VOIE BASSE ISOLEE : elle évite la cholédocotomie, mais la recherche de la papille peut être laborieuse et nécessiter une grande duodénotomie délabrante.

III- SPHINCTEROTOMIE PAR VOIE COMBINEE : c'est la plus utilisée il en existe deux grands groupes.

a) - SPHINCTEROPLASTIE TOTALE (GOINARD ET PELISSIER)
c'est une sphinctérotomie large (15 à 20 mm), son résultat est la béance définitive du cholédoque terminal ; elle permet l'examen histologique. Mais elle nécessite une suture cholédoco-duodénale, le risque de reflux est très grand du fait de la suppression totale du système sphinctérien, elle rallonge considérablement le temps de l'intervention chez des malades souvent fragiles ;

b) - La SPHINCTEROTOMIE MESUREE : ici la section se fait à la demande des lésions, pouvant aller de la simple papillotomie muqueuse à la section du sphincter commun et du sphincter propre (portion intra-duodénale), soit de 3 mm à 10 mm. Les inconvénients des techniques précédentes n'existent pas ici. Les modalités en sont nombreuses, nous décrirons la technique

utilisée dans notre service et mise au point par le Professeur J. SEROR, et collaborateurs:

A) - LES TEMPS PREPARATOIRES

- a - LA VOIE D'ABORD : La laparotomie médiane susombilicale est la règle dans notre service; cette voie s'est toujours montrée suffisante; elle donne un bon jour sur la région sous-hépatique; elle est de réparation facile, rapide et solide. Son seul inconvénient théorique serait la plus grande fréquence d'éventrations, mais nous n'en avons pas observé un grand nombre.
- b - L'**EXPLORATION** est capitale, c'est elle en effet qui nous permet de poser l'indication de sphinctérotomie; cette exploration est non seulement visuelle et manuelle, mais surtout radiomanométrique, systématique.

L'exploration instrumentale, préconisée par OLIVIER a pu, dans certains cas venir compléter le bilan radiomanométrique, mais elle n'a jamais été utilisée isolément, ainsi que le fait cet auteur.

- c - L'INDICATION OPERATOIRE : Elle nous est fournie essentiellement par les données de la cholangiomanométrie qui pourra objectiver :
- Une lithiase du bas cholédoque d'extraction difficile par voie haute
 - Une empièchement de la voie biliaire principale
 - Des images typiques d'oddite : dilatation de la voie biliaire principale qui se termine par un défilé tortueux, en queue de radis, aspect arrondi en doigt de gant, en tube à hémolyse quand la sténose est totale.
- Parfois un relux apparaît dans le WIRSUNG; MESTER en distingue deux types, étudiés par débinétrie :

1)- Les reflux apparaissent en phase d'oddi fermé et liés à l'hypertonie sphinctérienne.

2) - Les reflux de la phase d'ouverture qui seraient mécaniques, liés à une lésion de la partie inférieure du sphincter.

- Une augmentation de la pression résiduelle qui reste supérieure à 20 cm d'eau, demeurant parfois à 30 - 35 cm même après nitrite d'amyle.

B) - LA SPHINCTEROTOMIE - Nous utilisons la technique de sphinctérotomie sur sonde en gomme au bistouri électrique.

Elle comprend plusieurs temps successifs.

1) LE DECOLLEMENT DUODENO-PANCREATIQUE facile et exsangue permet de superficialiser le deuxième duodénum.

2) LE REPERAGE DE LA PAPILLE : Nous utilisons pour cela une sonde urologique en gomme à bout olivaire ; elle présente une certaine tenue et conserve une souplesse indispensable ; la forme de son extrémité lui permet de se glisser dans les défilés les plus étroits et de contourner les calculs, les numéros 10 ou 12 conviennent le plus souvent.

Elle est introduite par le cystique après que celui-ci ait été dilaté à l'aide d'un séparateur courbe ; la sonde est ensuite poussée dans la voie biliaire, jusque dans le duodénum.

3) DUODENOTOMIE : le siège de la papille étant repéré grâce à la sonde à travers la paroi duodénale, la duodénotomie sera courte et transversale.

4) EXTERIORISATION DE LA PAPILLE : La sonde étant retrouvée avec le doigt dans le deuxième duodénum, une traction modérée extériorise la papille, qui est "harponnée" à l'aide d'une aiguille sertie courbe. Celle-ci est enfoncée sur la saillie de la sonde au-dessus d'elle (à 12 heures) et aussi près d'elle que possible, il faut en effet que la

pénétration de l'aiguille intéresse les fibres musculaires du sphincter.

On place un deuxième fil de la même façon, à quelque distance du premier, un peu plus à droite et en arrière de lui, c'est à dire aux environs de 9 heures;

Les aiguilles sont toujours dirigées de haut en bas, et parallèlement à la sonde.

5) LA SECTION SPHINCTERIEENNE : Une traction sur les deux fils, effectuée dans l'axe du cholédoque et de la sonde, en s'aidant d'un petit tampon qui étale les plus de la muqueuse, permet alors d'exposer la zone papillaire.

On sectionne alors en longueur, de bas en haut et le long de son grand axe, la totalité de la papille duodénale. Cette section doit être exécutée aux environs de "10 heures", autant que possible avec rapidité et légèreté.

La ligne de section passe entre les fils tracteurs et elle suit le trajet de la sonde qui joue ainsi à la fois le rôle de "repère directionnel" de "billot non conducteur" et le rôle d'un "écarteur" qui rend impossible la blessure du canal de WIRSUNG.

Pour effectuer cette section, nous utilisons le bistouri électrique, après en avoir vérifié l'intensité sur la tranche pariétale, de façon à éviter le charbonnage ou la nécrose blanche.

Au moment où la dernière des fibres est sectionnée l'opérateur, observe un relâchement qui se manifeste par l'arrivée de bile et la libération de la sonde, que l'on peut alors retirer par le cystique. La longueur de la section est en général de 10 à 15 mm.

Il est devenu facile de pénétrer dans le cholédoque, et ce n'est plus dangereux, à condition que les instruments utilisés cheminent au contact de l'ampoule de façon à ne pas s'engager dans une fausse route dangereuse.

Après l'extériorisation des calculs par le bas, un contrôle radiologique doit être effectué : il est indispensable en effet de s'assurer de la liberté de la voie biliaire principale, et de disposer d'une information sur la zone sphinctérienne après sphinctérotomie; elle comprend deux segments superposés qui rappellent la forme d'un entonnoir renversé : un effilement régulier qui correspond au sphincter propre, qui débouche dans un cône évasé qui correspond à la zone de sphinctérotomie.

Il arrive parfois que le duodénum ne s'injecte pas sous l'effet de l'oedème et du spasme du sphincter propre.

C - AVANTAGES ET INCONVENIENTS -

AVANTAGES Ils sont nombreux et ce qui nous a incité à opter pour cette technique :

- a) La sonde nous permet de repérer le siège exact de la papille; ceci nous permet un gain de temps appréciable chez des malades souvent âgés et fatigués,
- b) D'où une duodénotomie à minima, moins délabrante, même en cas d'anomalie d'abouchement de la papille (cholédocus courts ou inversement longs s'emplantant au niveau du 3ème duodénum).
- c) L'hémostase est immédiate, grâce au bistouri électrique.
- d) La contraction des fibres musculaires du sphincter d'Oddi, sous l'effet du courant électrique, permet de localiser avec précision la limite supérieure des fibres du sphincter commun.
- e) La rétraction des fibres musculaires renforce l'acte chirurgical, et évite ainsi la formation d'un néo-sphincter ou d'un rétrécissement.



- f) La fermeture de la duodénotomie est aisée, n'exposant pas aux risques de sténose ou de fistule duodénale.

INCONVENIENTS - Cette technique des inconvenients, mais ils sont négligeables :

Elle ne permet pas la biopsie systématique, comme dans la sphinctéroplastie de GOINARD, mais elle mutile moins le sphincter et d'autre par lorsqu'il existe une suspicion de tumeur de l'ampoule de Vater, nous pouvons faire une biopsie au bistouri froid, et l'hémostase au bistouri électrique.

On a reproché à cette technique, l'hémorragie post-opératoire par chute des charres; personnellement sur l'ensemble de nos 361 observations, nous n'avons observé que très peu d'hémorragies post-opératoires.

De plus nous veillons à prévenir cette escharrification en contrôlant l'intensité du bistouri électrique sur la tranche de section pariétale.

Un oedème résiduel serait plus fréquent après section au bistouri électrique, mais il résorbe spontanément.

D) GESTES ASSOCIES

- a) D'emblée : nous pouvons dire que la cholécystectomie a été systématique chez tous nos malades.

En effet, dans l'immense majorité des cas la vésicule est lithiasique, ce qui en justifie l'exérèse, et dans les rares cas où elle peut paraître saine elle n'a plus de rôle fonctionnel certain après la sphinctérotomie oddienne, GOINARD l'affirme, nous sommes très près de son opinion.

- b) Quant au drainage biliaire externe, récusé par GOINARD et PELISSIER, nous avons de plus en plus tendance à l'utiliser pour différentes raisons :

- Nous avons constaté à maintes reprises qu'une fois la sphinctérotomie pratiquée, le contrôle radiomanométrique montre un arrêt paradoxal du liquide de contraste qui ne franchit pas la papille; cet arrêt est dû à l'oedème de la zone sphinctérienne. Le drain permet donc de parer aux risques d'hyperpression, en soulageant la voie biliaire principale.
- Il permet de pratiquer un contrôle dès la première semaine.

Il constitue un désagrément minime pour l'opéré, et son innocuité est totale si l'on prend soin d'éviter une trop grande déperdition biliaire, en installant le flacon de drainage, sur un plan à peine inférieur à celui du cholédoque, et de compenser les pertes dues à l'écoulement.

L'observation suivante nous résume les différents avantages du drainage :

OBSERVATION n° 316 = Homme âgé de 49 ans, hospitalisé pour un ictère de type rétentionnel.

L'intervention permet de découvrir un empierrement de la voie biliaire sans lithiasse vésiculaire (PHOTO n° 1).

On pratique une sphinctérotomie qui nous permet d'extraire 22 calculs ; le nouveau contrôle manométrique par le drain transcystique qui a été , placé, objective :

- Une absence de passage du liquide de contraste dû au spasme et à l'oedème sphinctérien (PHOTO n° 2)
- Un calcul dans le canal hépatique gauche qui sera extrait facilement après lavage - (PHOTO n° 2).
- Les suites immédiates sont simples.
- Malade revu six (6) mois plus tard = excellent résultat.

- Pour ce drainage, nous avons utilisé le plus souvent un drain de Kehr (28 fois). Un drain de petit calibre souple, à branches courtes et fendues en gouttières, n'est pas traumatisant, il est laissé en moyenne de 14 à 21 jours avec des extrêmes allant de une à six (6) semaines.

- Un drainage transcystique a été utilisé dans 22 cas, nous l'utilisons de plus en plus, actuellement, car son emploi est aisé, nous réservons le drain de Kehr surtout aux plaies de la voie biliaire principale (pour le calibrage de celle-ci).

LE TABLEAU SUIVANT RESUME LES GESTES ASSOCIES

A LA SPHINCTEROTOMIE

=O=O=O=O=O=O=O=O=O=

TABLEAU N° 1

TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS
SPHINCTEROTOMIE ISOLEE	271
SPHINCTEROTOMIE + CHOLEDOCOTOMIE	14
SPHINCTEROTOMIE + KEHR	28
SPHINCTEROTOMIE + SPHINCTEROPLASTIE	24
SPHINCTEROTOMIE + DRAIN TRANCYSTIQUE	21
SPHINCTEROTOMIE + DRAIN TRANSPAPILLAIRE	2
SPHINCTEROTOMIE + ANAST. CHOLEDOCODUODENALE	1



PHOTO N° 1

Empierrrement de la V.B.P.

PHOTO N° 2:

Le contrôle en fin
d'intervention montre :

- Absence de passage
duodénal dû à l'oedème .
- Un calcul de l'hépatique G.
qui sera extrait facilement .



- Un drainage transpapillaire a été utilisé à deux (2) reprises.
- La sphinctéroplastie n'est pas la règle dans le service; si elle fut souvent utilisée les premières années. Actuellement elle est employée seulement dans un but hémostatique au cours des hémorragies sphinctériennes per-opératoires.

Une anastomose cholédoco-duodénale complémentaire a été pratiquée par sécurité, devant l'absence de passage duodéal du liquide de contraste à la radiomanométrie per-opératoire faite avant et après la sphinctérotomie.

Pour conclure ce paragraphe, nous dirons que nous sommes ni des partisans acharnés du drainage, ni ses adversaires convaincus; la sphinctérotomie constitue à elle seule un excellent moyen de drainage interne : nous l'avons utilisée 271 fois seule; cependant, il y a lieu de lui associer un drainage externe :

- Dans les interventions difficiles où il y a un risque certain d'oedème sphinctérien,
- Dans tous les cas où la voie biliaire principale a été ouverte, car nous sommes exigeants pour pratiquer une cholédocotomie idéale (absence d'infection, calibre normal).
- Lorsqu'il persiste un doute sur la liberté de la voie biliaire.

./.

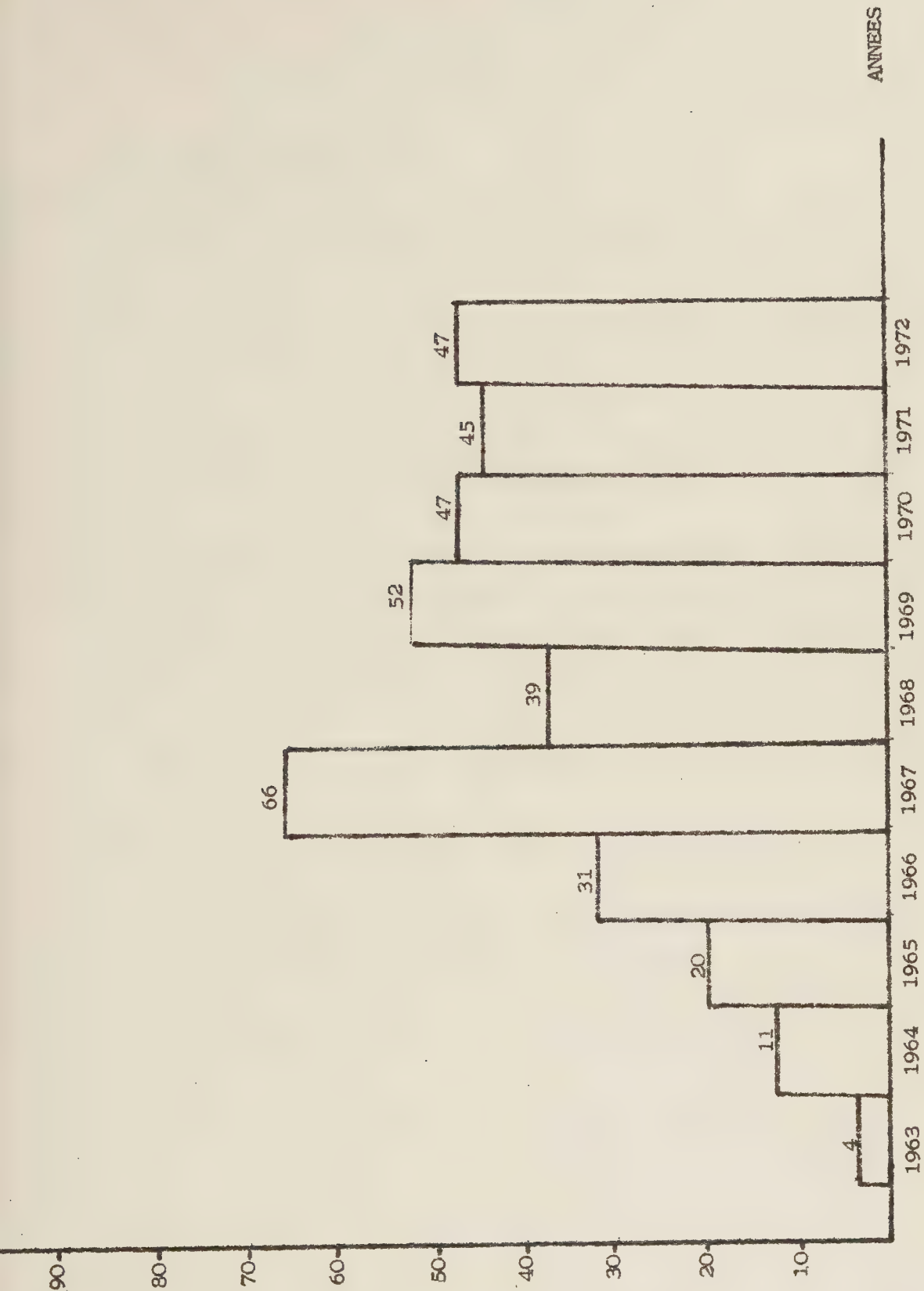
Dans ce chapitre, nous étudions les circonstances générales de réalisation des sphinctérotomies :

- Sa fréquences en chirurgie biliaire,
- L'âge de nos malades et le terrain,
- Les lésions qui ont motivé une sphinctérotomie .

A) FREQUENCE : Notre statistique porte sur 361 observations de sphinctérotomies réalisées à la clinique chirurgicale " A " du 1er Janvier 1963 au 31 Décembre 1972.

Au cours de cette période, nous avons pratiqué 3.105 Interventions pour lithiase biliaire, dont 621 lithiase de la voie biliaire principale; ceci revient à dire que 11,6% des malades présentant une lithiase ont eu une sphinctérotomie, et plus de la moitié des malades (58,2%) présentant une lithiase de la voie biliaire principale ont été opérés de la région sphinctérienne .

Le tableau N° 2 résume la fréquence annuelle des sphinctérotomies :



// ABLEAU N° 2 : FREQUENCE ANNUELLE

B) L'AGE ET LE TERRAIN

- L'âge (tableau n° 3) de nos malades est variable, allant de 17 ans pour le plus jeune à 87 pour le plus âgé.

L'âge moyen est celui de la lithiase biliaire en général, de la 3° à la 3° à la 5° décade de la vie.

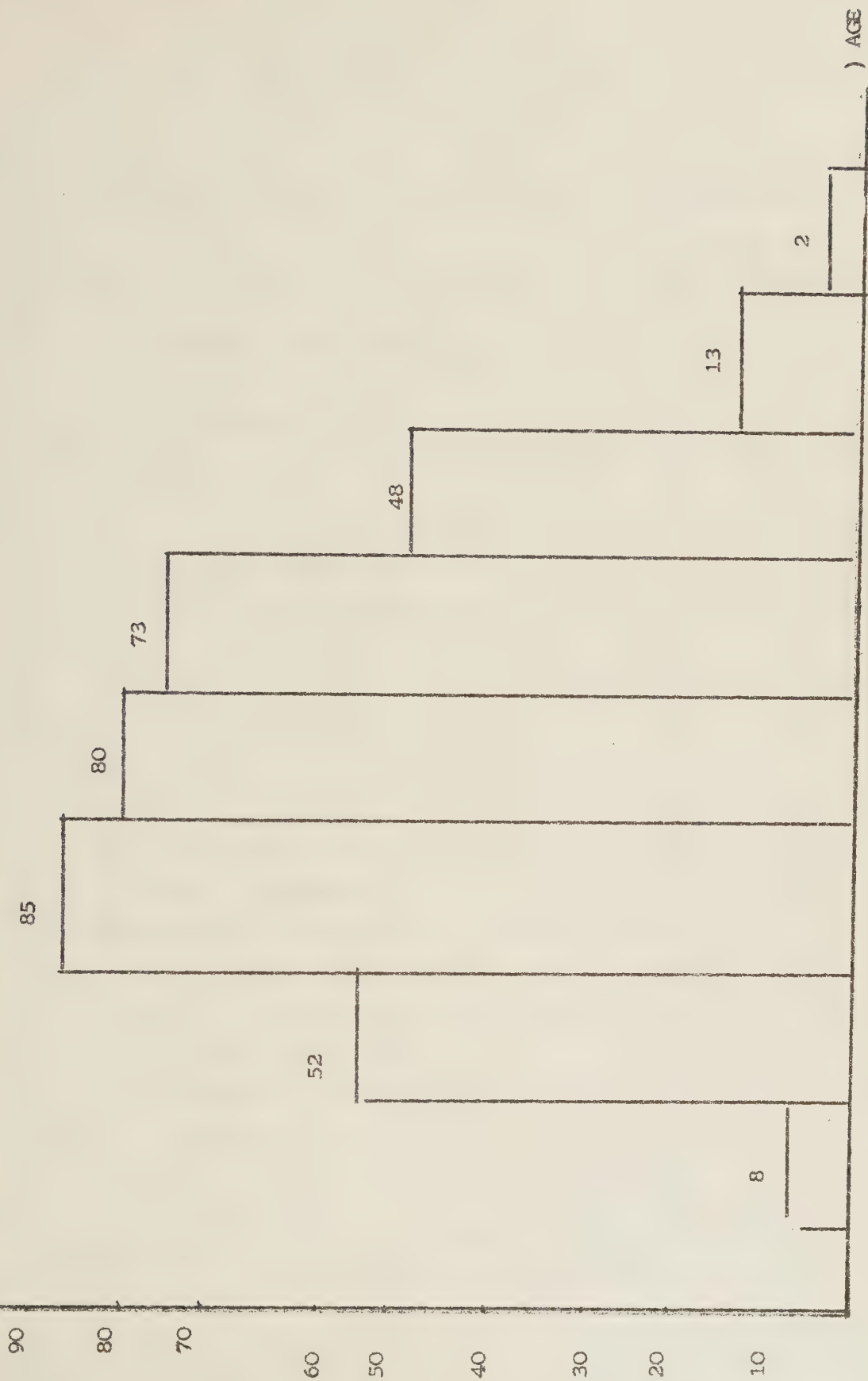
- La prédominance du sexe féminin est nette : 75 hommes et 286 femmes (20,7 %) ont eu une sphinctérotomie.
- Le terrain de nos malades est un terrain fragile. En effet, nous avons opéré des sujets souvent âgés, fatigués, souffrant de leur région biliaire depuis fort longtemps (plus de 3 ans en moyenne); 25 % des malades présentaient une anémie clinique et biologique.

Nous sommes toujours intervenus après une préparation de quelques jours :

- Correction des désordres hydro-électrolytiques,
- Transfusions au besoin
- Vitamine K pour corriger un éventuel défaut chez les ictériques.
- Antibiotérapie quand elle est nécessaire.

LE TABLEAU N° 3 RESUME L'AGE DE NOS MALADES.

.../...



/// ABLEAU N° 3 =====) AGE DE NOS MALADES

C/ PLACE DE LA SPHINCTEROTOMIE EN FONCTION
DES LESIONS

TABLEAU N° 4

L E S I O N S		NOMBRE DE CAS
LITHIASE	LITHIASE PAUCI-CALCULEUSE	144
	EMPIERREMENT DE LA VBP	38
	CALCUL ENCLAVE	39
	LITHIASE RESIDUELLE	11
ODDITE	ODDITE PRIMITIVE	1
	ODDITE + LITHIASE VESICULAIRE	33
	ODDITE + LITHIASE DE LA VBP	16
	ODDITE + EMPIERREMENT	40
AUTRES CAUSES	PANCREATITE CHRONIQUE	10
	KHF ROMPU DANS LA VBP	3
	DISTOMATOSE DE LA VBP	1
	AUTRES CAUSES	25

Nous voyons sur le tableau n° 4, que la majorité des lésions pour lesquelles une sphinctérotomie a été pratiquée, est constituée par le lithiasis de la voie biliaire principale (232 cas).

A côté des affections lithiasiques, il existe un certain nombre d'affections variées qui ont motivé une sphinctérotomie, au premier rang desquelles vient l'oddite (90 cas).

a) DANS LA LITHIASIS - La sphinctérotomie était indiquée :

- Pour extraire un calcul, car c'était la seule voie possible.
- Pour explorer une voie biliaire dont on n'était pas sûr de la vacuité.
- En tant que drainage interne d'un énorme cholédoque empierré, l'observation suivante illustre bien la nécessité d'une sphinctérotomie de vidange.

OBSERVATION N° 13 : (PHOTO n° 3) femme âgée de 47 ans, présentant une angiocholite avec ictère.

A l'intervention : il existe un énorme Pyocholécyste avec empièchement de la voie biliaire principale et oddite. Cholecystectomie et sphinctérotomie permettant la vidange de nombreux micro-calculs.

La malade est revue 8 ans plus tard : excellent résultat.



PHOTO N° 3

Empiement de la voie
biliaire principale
Sphinctérotomie de sécurité

O N° 4
ul enclavé
l'ampoule de VATER
nctérotomie de nécessité



- B) Dans la lithiase enclavée, la sphinctérotomie est la voie la plus raisonnable : (PHOTO N° 4).

OBSERVATION N° 275 - Il s'agit d'un homme âgé de 57 ans, présentant un ictère de type rétentionnel, à l'intervention, il existe une lithiase vésiculaire, avec calcul enclavé dans l'ampoule de VATER, à la radiomanométrie, Sphinctérotomie trans-duodénale. Suites simples.

Depuis M.C BURNEY, l'indication de sphinctérotomie dans la lithiase enclavée ne se discute plus.

- C) Quant à l'oddite organique (PHOTOS N° 5) depuis sa description par DEL VALLE, elle demeure la deuxième indication de nécessité après l'enclavement. Cette oddite organique est fréquentée 25 % de nos sphinctérotomie. C'est elle qui constitue comme le dit GOINARD le "Noeud du problème", c'est surtout dans l'empierrement que nous avons noté sa grande fréquence (plus de la moitié des cas) l'oddite primitive est exceptionnelle. Nous en avons un cas, illustré par l'observation suivante. (PHOTO N° 6).

OBSERVATION N° 330 - Femme âgée de 61 ans, souffrant depuis plusieurs années de crises de coliques hépatiques; à la cholécystographie, voie biliaire dilatée, à l'intervention, on ne retrouve ni lithiase vésiculaire, ni lithiase cholédocienne.

.../...



PHOTO N° 5 :

Image d'Oddite avec
défilè tortueux
irrégulier .

PHOTO N° 6 :

Oddite primitive
(Maladie de DEL VALLE) .



La radiomanométrie objective un défilé oddien avec opacification du canal de WIRSUNG (PHOTO N° 6). Sphinctérotomie et Biopsie de l'oddi
ANA-PATH = image d'oddite scléreuse.

- D) PANCREATITE CHRONIQUE = On connaît la fréquence des pancréatites au cours de la lithiase cholédocienne et la réversibilité habituelle de tels phénomènes après traitement adéquat. La sphinctérotomie ne semble pas pouvoir amener la guérison de la maladie pancréatique; celle-ci évolue pour son propre compte, susceptible de poussées subaigues ou aiguës.

DOUBILET avec COLP et MULHOLLAND, s'est fait l'ardent défenseur de cette méthode dans le traitement des pancréatites chroniques.

Nous avons pratiqué 10 sphinctérotomies pour Pancréatites Chroniques isolées ictérigènes. Nous avons eu également 21 pancréatites chroniques associées soit à une lithiase, soit à une oddite.

OBSERVATION N° 358 - Jeune femme âgée de 19 ans, admise dans le service pour angiocholite et ictère. (PHOTO N° 7).

L'intervention permet de découvrir une lithiase vésiculaire, avec un pancréas tumoral.

La radiomanométrie objective une lithiase de la voie biliaire principale.

.../...



PHOTO N° 7 :

K.H.F. central rompu
dans le V.B.P.
Fistule Kysto-biliaire:
sphincterotomie de
drainage .

PHOTO N° 8:

Pancreatite chronique
scléro-annulaire et
lithiase de V.B.P.



Sphinctérotomie, drain transcystique et biopsie pancréatique
 ANA-PATH = Pancréatite chronique Scléro-annulaire et disséquante.
 Nous sommes intervenus dans ce cas sur la région oddienne, car il existait une sclérose perucholédocienne avec défilé sus-vatérien à la radiomanométrie.

- E) Kyste Hydatique du Foie = Nous avons pratiqué 3 sphinctérotomies pour kyste hydatique du foie ouvert dans la voie biliaire; la sphinctérotomie large constitue en effet, un excellent moyen de drainage dans les enclavements de vésicule hydatique. (PHOTO N° 8)

OBSERVATION N° 289 - Femme âgée de 64 ans, admise pour angiocholite aigue urémigène. L'intervention, permet de découvrir un Kyste Hydatique du Foie central ouvert dans la bifurcation biliaire; à la radiomanométrie = énorme cholédoque avec fistule kystobiliaire. Sphinctérotomie large; mise en place d'un drain de kehr et biopsie hépatique.

ANA-PATH = cholostase importante; avec infiltrat inflammatoire et lésions paranchimateuses à noyau de ballonnisation de dégénérescence granuleuse.

- Les suites immédiates sont simples,
- La malade a été contrôlée un an après = Excellent Résultat.

- F) Enfin dans 25 cas, la sphinctérotomie a été pratiquée devant des cholédoques douteux, ou bien de fausses images de calculs enclavés.

.../...

II

Au cours de la sphinctérotomie, comme dans toute intervention, des complications peuvent survenir; ces accidents peuvent être scindés en deux groupes :

- Les accidents préalables à la sphinctérotomie
- Les accidents propres à la sphinctérotomie

A/ LES ACCIDENTS PREALABLES A LA SPHINCTEROTOMIE

Deux types importants d'accidents ont été rapportés :

Les fausses routes

Les blocages instrumentaux

a) LA FAUSSE ROUTE :

C'est la perforation de la paroi cholédocienne par l'instrument introduit directement par la voie biliaire ou le canal cystique, en vue de repérer et de pousser la papille dans le duodénum, pour l'extérioriser. La fréquence de cette fausse route est variable :

- Nulle dans certaines statistiques (CARABALONA - GRIMOUD - HENRY - MAREUGE - MOUSSEAU - VAUCLIN - AUDOIN - COUNIOT - FRANCK - GOINARD - LATASTE);

./.

- plus ou moins importante dans d'autres (POILLEUX - HIVET - JOURDAN - HEPP - MERCADIER - PERNOD - MOREAUX); la fréquence moyenne de ces fausses routes serait de 1%.

Cet accident est probablement du à l'utilisation d'instruments métalliques rigides.

Dans notre statistique, nous n'avons observé aucun cas de fausse route, ceci est du au fait que nous utilisons une sonde semi-rigide à bout olivaire; dès que cette sonde bute sur un obstacle (calcul - paroi cholédocienne) une sinuosité apparaît, et l'opérateur le sent très bien.

Pour HEPP, l'idéal est de se passer de tout catétherisme cholédocien et de découvrir la papille par voie duodénale isolée, en s'aidant au besoin d'injection de liquide coloré par la vésicule, le cystique ou le cholédoque; mais cette découverte est parfois malaisée, laborieuse, exposant à des dangers plus grands encore, sans parler de la duodénotomie qui peut être fort délabrante.

b) LES BLOCAGES INSTRUMENTAUX :

C'est un accident qui est directement en rapport avec la forme et la taille des instruments utilisés. La canule tire-papille de LASALA est le plus souvent en cause; ceci est du à sa partie supérieure évasée.

Personnellement, nous n'utilisons jamais de tire-papille, aussi cet accident nous est-il inconnu.

./.

c) LES AUTRES ACCIDENTS : Plaies de la Voie Biliaire Principale. C'est un accident survenant le plus souvent au cours des cholécystectomie difficiles où il existe un blocage de la région sous-hépatique, avec une anatomie complètement remaniée.

Nous avons relevé trois (3) cas de plaie de la voie biliaire (2 plaies du cholédoque et une plaie du canal hépatique commun); deux de ces plaies ont été traitées par suture simple, la troisième étant une plaie avec perte de substance a nécessité une plastie avec un greffon de saphène; (Observations n° 30 - 164 et 344).

En fait, ici se pose une question de terminologie; nous avons considéré comme plaie de la voie biliaire ce que d'autres appellent fistule bilio-biliaire. Dans un seul cas, il s'agissait manifestement d'une plaie de la voie biliaire.

Quoi qu'il en soit, ces accidents ne sont pas imputables à la sphinctérotomie mais à la cholécystectomie.

B/ LES ACCIDENTS PROPRES A LA SPHINCTEROTOMIE

Il s'agit essentiellement des hémorragies et des désinsertions duodéno-cholédociennes.

a) LES HEMORRAGIES / sont des accidents rares; elles peuvent relever de deux causes :

- traumatisme du cholédoque avec ou sans fausse route au cours des manoeuvres d'exploration.

- ou le plus souvent saignement au niveau de la tranche de section oddienne, par lésion de l'artériole située au bord supérieur de la papille qui est menacée dans les sphinctérotomies larges.

Cette hémorragie est pratiquement constante quand on utilise le bistouri froid; elle est facilement contrôlée par un point hémostatique; mais le danger réside dans la prise du canal de Wirsung dans la ligature, d'où la nécessité de le voir et de la catéthériser.

Dans notre technique tout risque de prendre le canal de Wirsung est écarté, il est protégé par la sonde en gomme; de plus nous faisons parfois l'hémostase au bistouri électrique.

Ainsi, nous avons observé quatre cas d'hémorragie sphinctérienne per-opératoire dont 3 ont été traitées par suture muco-muqueuse cholédoco-duodénale (sphinctéroplastie) et l'hémostase a été pratiquée au bistouri électrique dans le quatrième cas; (OBS. N° 75 - 96 - 343 et 351).

b) LA DESINSERTION DUODENO-CHOLEDOCIENNE :

C'est un accident exceptionnel; elle peut se voir dans une sphinctérotomie large intéressant le sphincter commun et le sphincter propre du cholédoque, créant ainsi une brèche entre la paroi cholédocienne et le duodénum.

Dans toute la littérature, nous n'avons relevé qu'un seul cas, vérifié par autopsie; les auteurs insistent sur la nécessité de faire une sphinctéroplastie dans toute sphinctérotomie étendue. Dans notre statistique, nous n'avons pas observé de désinsertion cholédoco-duodénale.

RELLTAT

IMMEDIAT

I/ LA MORTALITE POST-OPERATOIRE

Nous avons eu 18 décès dans notre série, survenus entre le 1er et le 28ème jour, soit une mortalité de 4,9 %.

Ce chiffre est satisfaisant par rapport au taux moyen (4,5 %) signalé par HEPP et BISMUTH, avec des variations allant de 0 % (AVDOUIN pour 31 sphinctérotomies, MOUSSEAU pour 40 sphinctérotomies) à 21 % (RAYMOND pour 38 sphinctérotomies).

Les causes de décès sont dues à :

- PANCREATITES AIGUES POST-OPERATOIRES : à 4 cas
- COLLAPSUS CARDIO-VASCULAIRE : 5 cas
- ALTERATION A L'ETAT GENERAL : 3 cas
- INSUFFISANCE RENALE : 1 cas
- ANGIOCHOLITE UREMIGENE : 1 cas
- CIRRHOSE BILIAIRE : 1 cas
- CAUSE NON PRECISEE : 2 cas
- ARRET CARDIAQUE BRUTAL : 1 cas

Voici le résumé de nos observations :

Cbs. N° 3 : Homme âgé de 40 ans, admis pour angiocholite et ictère. L'intervention permet de découvrir un empièchement de la voie biliaire principale et un noyau de Pancréatite chronique, sphinctérotomie et drain de Kehr.

Décès au 15e jour (cause non précisée).

Obs. N° 10: Femme âgée de 50 ans, hospitalisée pour ictère de type rétionnel .

A l'intervention = calcul enclavé dans l'ampoule de VATER, avec terminaison de cholédoque en queue de radis. Sphinctérotomie permettant l'extraction du calcul, et drain de Kehr .

Décès au 28^{me} jour par collopsus cardio-vasculaire .

Obs: N° 18 : Femme âgée de 40 ans, présentant des coliques hépatiques depuis 4 ans; à la cholangiographie: vésicule exclue .

Intervention: lithiase vésiculaire, kyste hydatique du lobe droit et image suspecte du bas cholédoque à la RMPO .

Sphinctérotomie et résection du dôme saillant ; décès par arrêt -cardique brutal en fin d'intervention .

Obs. N° 16 : Femme de 64 ans admise pour cholécystite aigue lithiasique .

Intervention lithiase vésiculaire et cholédocienne, ainsi qu'un kyste hydatique du lobe gauche. Sphinctérotomie, décès au 28^{me} jour par collapsus cardio-vasculaire .

Obs. N° 31: Femme de 68 ans, hospitalisée pour ictère. ECG fibrose myocardique .

Intervention: lithiase vésiculaire et cholédocienne. Sphinctérotomie; décès au 9^{ème} jour pour insuffisance rénale (urée 2,20 g/l) .

Obs. N° 38: Femme âgée de 38 ans, admise pour angiocholite urémigène avec ictère .

Intervention : macrolithiase vésiculaire; sphinctérotomie de sécurité; décès le 9^{ème} jour (cause non précisée) .

Obs. N° 44 : Homme de 61 ans, hospitalisé pour lithiase vésiculaire
l'état général est très altéré.

Intervention : lithiase vésiculaire et pancréatite chronique.

Sphinctérotomie; décès le 3° jour (altération de l'état général).

Obs. N° 48 : Femme de 23 ans admise pour angiocholite et ictère.

Intervention : vésicule lithiasique et empièchement de la voie
biliaire, avec oddite.

Sphinctérotomie décès le 11ème jour pour pancréatite aigue post-
opératoire.

Obs. N° 64 : Femme âgée de 48 ans, admise pour angiocholite et ictère.

L'intervention permet de découvrir une pancréatite chronique avec
défilé à la RMPO; sphinctérotomie. Décès au 5° jour par pancréatite
aigue.

Obs. N° 110 : Homme âgé de 87 ans, présentant un ictère rétentionnel.

Intervention : lithiase vésiculaire et cholédocienne, avec oddite
oedemateuse. Sphinctérotomie et cholédocotomie, décès au 4° jour
par pancréatite aigue.

Obs. N° 154 : Femme de 30 ans, opérée un mois auparavant dans un autre
service pour lithiase cholédocienne (cholecystéctomie et drain de Kehr)
admise dans notre service pour fistule biliaire externe.

Intervention : abcès sous phrénique, lithiase résiduelle importante
et fistule biliaire par le moignon cystique sphinctérotomie.

Décès au 2° jour par collapsus cardio-vasculaire.

Obs. N° 232 : Femme âgée de 80 ans, admise dans le service pour lithiase vésiculaire état général altéré. Intervention : lithiase vésiculaire; à la RMPO, le voie biliaire est dilatée; sphinctérotomie de sécurité; décès au 3° jour (Altération de l'état général).

Obs. N° 230 : Homme âgé de 68 ans en très mauvais état général, hospitalisé pour ictère. Intervention : vésicule scléro-atrophique lithiasique, empièchement de la voie biliaire et oddite; sphinctérotomie pour oddite; Décès au 10eme jour.

Obs. N° 312 : Femme de 50 ans, hospitalisée pour lithiase vesiculaire. Intervention : les voies biliaires au dessus du confluent cystico-hépatique ne sont pas visuolisées. Sphinctérotomie pour explorer la voie biliaire; décès au 3eme jour par pancréatite aïgue.

Obs.N° 288 : Homme de 73 ans, admis pour fistule externe. Intervention : kyste hydatique du foie, fistulisé à la peau et aux voies biliaires. Sphinctérotomie et périkystectomie. Décès au 28eme jour (très mauvais état général).

Cbs.N° 350 : Femme de 65 ans, hospitalisée pour cholécystite aïgue. Intervention : pyocholecyste et calcul enclavé de l'oddi avec pus dans le V.B.P.
Sphinctérotomie et biopsie hépatique.
ANA-PATH : cirrhose biliaire.
Décès au 8eme jour.

Obs. N° 171 : Femme de 38 ans, admise dans le service pour angiocholite et ictère ; intervention : lithiase vésiculaire, empiérement de la voie biliaire et oddite ; décès au 11e jour dans un état de choc.

Obs. N° 191 : Malade ayant subi une cholécystectomie pour lithiase 2 ans auparavant, avec mise en place d'un drain perdu ; hospitalisée pour angiocholite urémigène.

Intervention : le cathéter est plein de boue biliaire ; on pratique une ablation de ce drain, sphinctérotomie et drain de Kehr.

Décès au 2e jour.

La plupart de nos décès sont survenus chez des malades âgés, comportant de grands risques chirurgicaux (2/3 des cas) ; ceci conforme l'opinion de Hepp qui relève un taux de 3,5 % dans la lithiase de la voie biliaire principale sans abord papillaire, et qui souligne par contre un taux de 8 % dans les mêmes conditions, chez les sujets âgés.

- De ces cas 18 décès, 4 sont imputables à la sphinctérotomie, il s'agit des pancréatites aiguës.

- 6 autres peuvent être mis sur le compte de l'intervention, mais ne relèvent pas de causes spécifiques à la sphinctérotomie :

- un arrêt cardiaque brutal
- 5 collopsus cardio vasculaires
- 6 décès sont dus au terrain du malade :
 - 1 insuffisance rénale
 - 1 cirrhose biliaire
 - 1 angiocholite urémigène grovissime
 - 3 fois l'état général était très altéré
- 2 décès ne sont pas précisés

Si l'on exclut les 6 décès des malades "intouchables", en ne tenant compte que des malades à l'état général, correct, n'ayant aucune tare, notre mortalité tombe à 3,3 % ;

cette répartition correspond à celle que donnent HEPP et BISMUTH : 58 % des décès dus à des causes spécifiques, 48 % dus à des causes non spécifiques à la sphinctérotomie.

En conclusion, nous pouvons affirmer que si la sphinctérotomie apparaît comme un geste anodin dans la chirurgie biliaire chez des malades en bonne condition, la mortalité due à des terrains très déficients ne discrédite en rien cette technique à condition qu'elle soit accomplie de manière rigoureuse : geste rapide, duodénotomie à minima ; manoeuvres douces et non traumatisantes pour éviter les pancréatites aiguës post-opératoires, qui sont les complications les plus fréquentes de la sphinctérotomie, et dont le pronostic est effroyable.

II. COMPLICATIONS POSTE OPERATOIRES PRECOCES

- Ceux sont les pancréatites aïgues, les hémorragies digestives, les péritonites, les angiocholites, les fistules et les sténoses duodénales.

A/ LES PANCREATITES AIGUES

- De toutes les complications de la sphinctérotomie, elles sont les plus importantes et les plus graves.

Nous avons observé dans notre série 5 cas de pancréatite aïgue post-opératoire (soit 1,3 %) dont 4 mortelles (80 %) -HEPP et BISMUTH relèvent un taux minimum de 1,9 % de pancréatites vérifiées sur un total de 2750 sphinctérotomies coligées, avec une mortalité de 85 %.

- Le délai d'apparition de ces pancréatites est variables; la quasi totalité survient dans les 10 premiers jours, avec une prédominance le 2ème jour de l'intervention.
- Le tableau clinique n'est pas uniforme, et nous avons retenu essentiellement l'élévation du taux des enzymes pancréatiques sanguins et urinaires, à un chiffre au moins 10 fois supérieur à la normale, surtout si cela est associé à des signes cliniques caractéristiques de la pancréatite aïgue;: douleur postérieure gauche avec signes brutaux de choc; en effet il faut se souvenir que l'anémie est augmentée chez 20 % à 30 % des sujets ayant subi une intervention sur les viscères sus-mésocoliques.
- En effet, les signes cliniques sont souvent atypes, voire même absents, comme le montre notre cinquième observation de pancréatite aïgue.:

Les quatre autres sont été déjà citées au chapitre des décès).

Obs. N° 96 : Femme de 42 ans, hospitalisée pour lithiase vésiculaire et cholédocienne Sphinctérotomie.

- Au 6ème jour, syndrome douloureux abdominal diffus avec amylasémie (523 U.S.) et amylasurie (2100 U.S.).
- La malade est mise à un traitement médical intensif (corticoïdes, antibiotiques, antienzymes), rétrocession des signes.
- La malade est revue 6 ans plus tard, excellent résultat.
- La pathogénie des pancréatites aiguës après sphinctérotomie est incertaine et de nombreux facteurs ont pu être incriminés ;

1°/ Conditions favorisantes liées au terrain :

- Poilleux incrimine une "susceptibilité plus grande de la région oodienne" chez certain individus. CHAMPEAU et SALEMBIER vont jusqu'à évoquer une possibilité de "phénomène de REILLY", à partir de cette zone réflexogène. Certains auteurs supposent que l'évacuation répétée de petits calculs biliaires pourrait augmenter la réflexivité de la région sphinctérienne.
- D'après DEL VALLE ainsi que FLAMBEAU est coll.
Le risque de pancréatite aiguë hémorragique est plus grand chez des malades ayant déjà eu des épisodes pancréatiques.
- SCUPULT partage cette opinion.

- Effectivement sur nos 4 décès par pancréatite aïgue, une malade présentait une pancréatite chronique qui avait motivé la sphinctérotomie. (Obs. N° 64).
- 2°/ Conditions liées à la technique chirurgicale :
- Le traumatisme direct du pancréas (décollement duodéno-pancréatique, manipulation de la tête du pancréas) a été incriminé : l'oedème déclenché par ces manipulations évoluerait vers une pancréatite aïgue, directement ou par une obstruction des canaux pancréatiques. - L'atteinte à de la vascularisation du pancréas (POPPER) a été mise en cause.
- Les interventions longues et difficiles sont incriminées par de nombreux auteurs (ROUX, POILLEUX). Nous insisterons plus particulièrement sur la brutalité des manoeuvres.
- Le traumatisme papillaire au cours de manoeuvres laborieuses, peut être en cause qu'il s'agisse de traction par un tire-papille, de tentatives de franchissement "de force" de la papille, a fortiori avec un explorateur rigide, et surtout s'il est source d'une fausse route passée inaperçue. De très nombreux auteurs insistent sur ce danger (KOURIAS, GOINARD et PELISSIER, GERMAIN? SAMENBIER, HEPP, POILLEUX).
- Les ligatures du canal de WIRSUNG ont été mises en cause dans les sphinctéro-plasties pratiquées sans repérage du canal.
- SNYDER et LIUM ont montré que les sécrétions pancréatiques sont réduites par la déshydratation, l'atropine, l'éther anesthésique. Une augmentation de la viscosité du suc duodénal prélevé par aspiration a été observée par DUNPHY.

Il semble bien que l'épaississement des sécrétions pancréatiques puisse conduire à une obstruction canalaire.

Le reflux Wirsungien a été mis en cause, surtout dans les sphinctérotomies larges.

Le mécanisme des pancréatites aiguës après sphinctérotomie est sans doute complexe; Il est vraisemblable que plusieurs facteurs interviennent.

En l'absence d'étiologie certaine, il est évident que l'on doit éviter les manoeuvres agressives au cours du repérage, que l'on doit se garder de traumatiser l'orifice Wirsungien.

D'autres gestes préventifs ont été proposés :
novocainisation régionale lors du décollement pancréatique.

L'administration per et post-opératoire d'anti-enzymes n'ont ni évité la pancréatite aiguë, ni atténué sa gravité (EPP)

B - LES HÉMORAGIES DIGESTIVES

Elles peuvent être extériorisées par le drain biliaire; le plus souvent il s'agit d'hémorragie digestive a type de melaena ou d'hématémèse.

Certaines très précoces, survenant les toutes premières heures, ne sont que des hémorragies opératoires mal contrôlées.

Dans les jours suivants, différentes causes ont été incriminées : (La tranche duodénale, la section sphinctérienne, ulcère associé méconnu). HENRY a écrit qu'il lui semblait que le taux de prothrombine s'effondrait spontanément chez les sphinctérotomisés; nous n'avons rien constaté de tel.

On a aussi incriminé la section au bistouri électrique, par la chute d'eschrres qu'elle entraîne; mais nous ne pensons pas que le bistouri électrique est responsable, car nous n'avons observé que trois hémorragies post-opératoires (observations n° 23, 34 et 144) soit 1,1 %, ce qui concorde avec la moyenne des auteurs (0,7 % pour GOINARD, 0,7 % pour SALEMBIER, 1% pour OLIVIER, 1,3 % pour HIVET, 2,6 % pour HENRY, 2,77 % pour HEPP et collaborateurs).

C - LES PERITONITES

Elles sont rares; nous n'avons observé aucun cas de péritonite.

D - LES FISTULES DUODENALES

- Personnellement nous n'en avons pas eu.
- On incrimine a leur origine :
 - Les duodénotomies longitudinales délabrantes.

La présence d'une collection hématique ou purulente au voisinage de la duodénotomie.

Le traitement de ces fistules duodénales qui sont souvent graves, à grandement bénéficié de la méthode de TREMOLIERES.

Nous n'avons pas observé de fistule duodénale ceci est peut être du à la duodénotomie horizontale minime, que nous pratiquons ;

E. LES STENOSSES DUODENALES

Nous n'en avons aucun cas , et nous sommes d'accord avec HEPP quand il écrit que l'avantage des duodénotomies transversales courtes n'est plus à démontrer.

F. L'ANGIOCHOLITE PRECOCE

Nous avons un cas dans notre série :

Cbs. N° 244 : Femme âgée de 35 ans, admise pour ictère ;

Intervention : lithiase vésiculaire et un calcul du cystique comprimant la V.B.P. qui est inflammatoire et sténosée. Sphinctérotomie, cholécotomie et drain de KEHR.

Dans les suites immédiates, il existe une petite fistule biliaire tarie spontanément ; à la fin du 1er mois la malade fait un accès d'angiocholite ; malade revue 1 an après : bon résultat.

L'angiocholite post-opératoire est attribuée au reflux biliaire, d'autant plus important que la sphinctérotomie a été plus large. HEPP et BISMUTH signalent aussi le rôle de la stase duodénale due à l'iléus post-opératoire.

L'angiocholite peut être bénigne comme c'était le cas de notre observation, mais elle peut parfois revêtir des formes gravissimes, notamment chez les sujets âgés, tarés, malgré le traitement : antibiothérapie, réanimation, drainage biliaire aspératif.

G) COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES NE RELEVANT PAS DIRECTEMENT DE LA SPHINCTEROTOMIE :

Nous avons observé :

- Une fistule biliaire tarie spontanément
- Un abcès de la fosse iliaque droite drainé chirurgicalement
- Une suppuration de paroi.

 ESULTATS CINTAINS

Nous avons pu contrôler nos malades de trois manières :

- Certains sont suivis régulièrement à notre consultation.
- Tous les autres ont reçu une consultation personnelle.
- Enfin nous avons envoyé un questionnaire joint à la convocation pour les malades qui ne pouvaient se présenter. Ce questionnaire est rédigé comme suit :

1° - Avez vous maigri depuis votre opération :.....

Si oui, de combien :.....

2° - Avez vous été hospitalisé depuis votre opération

Si oui, où et quand

3° - Avez-vous été réopéré :.....

Si oui, où et quand :.....

4° - Suivez vous un régime alimentaire :.....

Quels sont les aliments que ne supportez pas ?.....

.....

5° - Prenez vous des médicaments pour votre maladie :.....

6° - Avez vous encore des douleurs à la partie droite sous les côtes
sont elles identiques à celles qui existaient avant l'opération...

.....

7° - Est ce que vous vomissez ?.....

8° - Est ce que vous avez eu un ictère (Jaunisse) depuis votre opération

.....

9° - Avez vous : la constipation, la diarrhée..... normal.....

10°- Est ce que vous avez des malaises après les repas.....

11°- Est ce que vous avez de temps en temps de la fièvre ou des frissons.....

12°- Est ce que vous vous grattez :.....

13°- Est ce que os selles sont blanches :.....

14°- Est ce que vos urines sont foncées :.....

15°- Estimez vous que vous êtes guéri depuis l'o pération :.....

16°- Estimez vous que l'opération vous a amélioré, mais ne vous a pas
complètement guéri :.....

17°- Estimez vous que l'opération a aggravé votre état :.....

Pour apprécier la qualité de nos résultats, nous avons tenu compte essentiellement des renseignements cliniques. Quand l'évolution n'a pas été totalement favorable, nous avons demandé des investigations radiologiques (CHOLANGIOGRAPHIE ET TRANSIT GASTRODUODENAL).

Au terme de notre enquête, nous avons classé nos malades en 4 groupes :

-) RESULTATS EXCELLENTS : Il ne persiste plus aucun trouble digestif il n'existe plus de manifestations biliaire. Le malade ne suit aucun régime et a repris une vie normale.
-) BONS RESULTATS : Le malade va bien, mais doit encore suivre un petit régime (intolérance aux graisses en particulier).
-) RESULTATS IMPARFAITS : L'opéré a été amélioré, mais la symptomatologie pré-opératoire persiste, bien que très atténuée ; il persiste des troubles dyspeptiques, de vagues douleurs de l'hypochondre droit, nécessité d'un régime strict.
-) ECHECS : Aucune amélioration ; nécessité d'une réhospitalisation ou d'une réintervention.

Nous avons pu ainsi contrôler 177 malades, le tableau suivant résume nos résultats éloignée globaux.

RESULTATS	NOMBRE	%
Excellents	99	57,2 %
Bons	51	29,5 %
Imparfaits	17	9,8 %
Échecs	6	3,5 %

Nous avons éliminé de cette statistique 4 dossiers, dans lesquels, une réintervention pour une autre affection a eu lieu. Il en est ainsi de :

- 1 ampoule vatérien
- 1 adénocarcinome de la VBP
- 1 tumeur maligne deu Pancréas
- 1 ulcère duodéal

Nous avons détaillé nos résultats, selon l'affection qui a motivé la sphinctérotomie :

A/ LITHIAS : 117 malades ont été contrôlés

LITHIAS	EXCELLENTS	BONS	IMPARFAITS	ECHECS
Panciculaire	41	21	5	3
Enclavée	10	3	3	1
Empiement	17	7	2	1
Résiduelle	1	1	2	1

B/ ODDITES : 47 malades ont été contrôlés

ODDITES	EXCELLENTS	BONS	IMPARFAITS	ECHECS
O. Primitive	1			
O. + Lithias vésiculaire	5	4		
O. + Lithias cholédocienne	7	3	1	
O. + Empiement	14	6	6	

C/ AUTRES CAUSES :

Dans le cadre des sphinctérotomies pratiquées pour autres causes (K.H.F. fause image de calcul gros cholédoque douteux.

Nous avons contrôlé 9 malades . Nous avons 3 résultats excellents et 6 bons résultats.

Le tableau suivant résume les précédents.

Notif de S.T.C.	Excellents	Bons	Imparfaits	Echecs
LITHIASIS	69	32	10	6
ODDITE	27	13	7	
AUTRE CAUSE	3	6		
TOTAL	99	51	17	6

ANALYSE DES RESULTATS

- Nous relevons au total dans nos 173 observations

-----) 99 résultats excellents soit	57,2 %
-----) 51 bons résultats imparfaits soit	29,5 %
-----) 17 résultats imparfaits soit	9,8 %
-----) 6 échecs	3,5 %

Les résultats que nous avons pu relever dans la littérature sont variables, nous en général ils soulignent comme les nôtres, un nombre élevé d'excellents ou bons résultats à distance (86,7 %) dans notre statistique. :

-) 93,4 % pour TATASTE, VAYRE et GIULI,
-) 92 % pour MOUCHET
-) 92 % pour PI-FIGUERAS
-) 90 % pour SALEMBIER
-) 88 % pour HIVET, RICHARME et COLL
-) 86 % NOTRE STATISTIQUE
-) 84 % pour HENRY et COLL
-) 84 % pour MOREAUX et TEXEIRA
-) 81,8 % pour OLIVIER et RETTORI
-) 78,9 % Pour GOINARD et PELISSIER
-) 73 % Pour MALLET-GUY.

L'appréciation des résultats fonctionnels est difficile à porter de façon précise. Les différents opérés peuvent accorder une importance variable à leurs éventuels petits troubles résiduels. Par ailleurs il est parfois difficile de dissocier ceux qui relèvent directement de la sphère biliaire et ceux où un facteur gastro-intestinal voire psychosomatique peut être en cause. Une certaine marge d'appréciation personnelle intervient ; mais l'accord se fait sur le nombre important de suites lointaines excellentes. Quant aux échecs nous en avons 6, marqués par des phénomènes angiocholitiques.

Voici le résumé des observations de nos échecs.

Obs. N° 6 : âgée de 45 ans ancienne choléystectomisée; angiocholite avec ictère ; intervention lithiase résiduelle; sphinctérotomie: 6 ans plus tard.

Le malade fait un épisode angiocholitique sévère nécessitant une réintervention au cours de laquelle est pratiquée une anastomose cholédocoduodénale termino-latérale.

Obs. N° 14 : Femme de 57 ans ayant subi une sphinctérotomie pour microlithiase vésiculaire et empièchement de la V.B.P. 3 mois plus tard anastomose cholédoco-jejunale pour lithiase résiduelle.

Obs. N° 47 : Femme de 40 ans, ayant subi 5 ans auparavant une cholécystectomie pour lithiase vésiculaire et cholédocienne, refait un épisode angiocholitique nécessitant son admission dans le service, et une réintervention : anastomose cholédoco jéjunale sur anse en y pour lithiase résiduelle.

Obs. N° 85 : Femme de 61 ans, présentant des crises de coliques hépatiques ; intervention: lithiase vésiculaire et calcul enclavé de l'Oddi : sphinctérotomie.

Dans les suites la malade fait 3 épisodes ictériques avec angiocholite ; la malade refuse l'hospitalisation. La cholangiographie, pratiquée à titre externe ne montre pas d'opacification de l'arbre biliaire.
(Insuffisance hépatique).

Obs. N°122 Cholécysto-pancréatite, Intervention : lithiase vésiculaire et Cholédocienne et oedème du pancréas. Sphinctérotomie, 1 an plus tard : épisode d'angiocholite avec ictère traitement médical, les suites sont simples.

Obs. N° 268 : Femme de 49 ans, présentant une cholécystite aiguë ; intervention lithiase vésiculaire et cholédocienne, sphinctérotomie, cholédocotomie et drain de KEHR; réhospitalisation 1 an après pour angiocholite ; la malade est guérie après un traitement médical intensif.

Nous ne pensons pas comme ROUX et COLL que le résultat acquis à la fin de la première année est définitif car 2 cas de nos échecs n'ont souffert que 5 et 6 ans après l'intervention.

FONCTIONNEMENT DE LA V.B.P. APRES SPHINCTEROTOMIE

Il serait intéressant de pouvoir apprécier par des examens radiologiques, le fonctionnement de la voie biliaire après sphinctérotomie ; mais en général ces examens sont difficilement acceptés par des sujets qui se sentent parfaitement guéris. Le plus souvent ce n'est que dans les mauvais résultats qu'ils sont réalisés.

Nous avons pratiqué ainsi 32 cholangiographies et 13 T.G.D. ; nous pouvons dire malgré ces faibles nombres de contrôles radiologiques que :

- beaucoup de cholédoques reviennent à une calibre normal dès la 3ème semaine, au cours des contrôles radiologiques que nous effectuons avant l'ablation du drainage biliaire, chez les malades qui en étaient porteurs (Photo N° 9 et 10)
- Certains cholédoques restent distendus sans que cela n'entraîne aucun retentissement fonctionnel.
- DOUTRE ET TAVERNIER RELÈVENT un reflux asymptotique chez la moitié des malades examinés. Personnellement, nous n'avons observé qu'un seul cas de reflux (Obs. N° 250).

L'incidence de l'étendue de la section sphinctérienne est diversement appréciée une section totale entraîne toujours un reflux.

La pratique de sphinctérotomies mesurées permet d'éviter ce danger.

Nous n'avons jamais observé de sténose cholédocienne.



PHOTO N° 9 :

Gros choledoque
empierre .

PHOTO N° 10 :

Même malade:
contrôle le 21ème jour .
montrant un calibre normal .



- Parmi les complications non spécifiques à la sphinctérotomie nous relevons :
- 1 syndrome subocclusif
- 3 éventrations modérées.

EN CONCLUSION : La sphinctérotomie :

Présentée, comme une intervention dangereuse, comportant de nombreux inconvénients, s'est révélée dans notre statistique, une opération bénigne, assurant des suites excellentes à la plupart de nos malades.

// I N D I C A T I O N S =====

I/ L'INDICATION DE SPHINCTEROTOMIE PEUT-ELLE ETRE POSEE AVANT L'INTERVENTION ?

a) La symptomatologie apporte parfois des éléments d'orientation :

- La notion de crises douloureuses anciennes, dont la fréquence augmente, de siège plus médian et plus bas, peut évoquer une atteinte du bas cholédoque.
 - L'apparition d'un syndrome cholédocien, d'un ictère au long cours peuvent orienter vers une atteinte du bas cholédoque s'ils sont associés à des signes radiologiques précis.
 - Chez un malade cholécystectomisé et qui souffre, une hypertonie oddienne méconnue peut être soupçonnée à moins qu'il ne s'agisse d'une lithiasse résiduelle.
- #### b) La radiologie est de grande valeur : Elle peut mettre en évidence :
- Une lithiasse enclavée, dont l'extraction par voie haute sera difficile.
 - Un empierrement cholédocien qui nécessitera peut être une sphinctérotomie de vidange.
 - Un aspect typique d'oddite avec gros cholédoque se terminant par un défilé étroit allongé sinueux, ou image d'arrêt cupuliforme.

D) EN FAIT, L'INDICATION EST OPERATOIRE

L'exploration est capitale.

C'est surtout la radiomanométrie per-opératoire qui nous fournit les données essentielles.

- L'examen manométrique est de grande valeur, mais il peut être mis en défaut.
- L'examen radiologique est capital
Il montre :
 - Un calcul enclavé dans le bas cholédoque
 - Des signes évidents d'hypertonie oddienne :
 - dilatation cholédocienne
 - évacuation biliaire, inescistante.
- Un empierrement cholédocien, souvent associé à l'oddite, dont seule la sphinctérotomie viendra à bout, en permettant une vidange totale de la voie biliaire.

La décision de sphinctérotomie est souvent prise devant la juxtaposition et la simultanéité de plusieurs anomalies. Si elle est prise devant une seule anomalie, il faut qu'elle soit indiscutable (calcul enclavé par exemple).

A la lumière de nos résultats, il nous semble possible de tirer les déductions thérapeutiques suivantes :

SPHINCTEROTOMIE DE NECESSITE

1/Le calcul enclavé dans la papille ou dans le cholédoque terminal est une indication absolue; c'est une intervention logique, n'exposant pas à des manoeuvres aveugles par voie haute; et l'intervention décrite par MAC BURNEY conserve droit de cité.

2/ODDITE organique : l'oddite primitive est une rareté (1 cas sur 90 observations); le plus souvent, elle est secondaire à une lithiase vésiculaire ou cholédocienne. Son diagnostic est parfois délicat; si l'examen manométrique est parfois mis en défaut, l'examen cholangiographique donne généralement des renseignements suffisants, en nous montrant les images classique d'oddite : en bout de doigt, le rétrécissement progressif ("queue de radis") ou irrégulier et tortueux (image en clou tordu) terminaison rigide en pointe de crayon, parfois dilatation en massue convexe en bas. Pour affirmer l'organicité de la lésion nous avons recours au nitrite d'amyle.

3/LE KHF rompu dans la voie biliaire constitue la 3ème indication absolue de sphinctérotomie; Elle doit être large et au besoin complétée par une sphinctéroplastie. C'est un mode de drainage complémentaire au traitement de la cavité kystique.

INDICATIONS DE SECURITE :

Dans ces cas, la sphinctérotomie est pratiquée soit dans la crainte d'oublier un calcul, soit en temps que moyen de drainage d'un empièchement par exemple.

Lorsqu'un calcul s'est fragmenté au cours de son extraction, et qu'il persiste un doute sur la vacuité du bas cholédoque, la sphinctérotomie réalisée d'emblée est certainement moins dangereuse que le risque d'une réintervention sur la voie biliaire pour lithiasse résiduelle.

INDICATIONS DE COMMODITE :

Qualifiées pr HEPP d'abusives elles doivent être certainement éliminées. En effet, devant une pauci-lithiasse flottante, une extraction par l'orifice cystique élargi voire par cholédocotomie, doit toujours être tentée.

La constatation d'un bas cholédoque douteux, d'une voie biliaire dilatée, l'absence de passage duodénal du produit opaque ne conduiront à la sphinctérotomie que devant un faisceau d'arguments convaincants;

Contre-indications :

La sphinctérotomie ne doit pas être érigée comme intervention de principe aussi doit elle être évitée chez les sujets de plus de 60 ans; en mauvais état général, chez lesquels l'anastomose bilio-digestive est préférable. En effet nos échecs et nos décès se voient avec prédilection chez les sujets tarés et âgés.

En conclusion, nous pensons que les sphinctérotomie est un geste simple, n'allongeant pas beaucoup la durée de l'intervention, mais dont les indications doivent être bien posées et la technique rigoureuse.

(7) / O S

(1) B S E R V A T I O N S

Etant donné le trop grand nombre d'observations (361), il ne nous est pas possible de les rapporter toutes ici.

Les observations ayant une importance certaine (décès, échecs de la sphinctérotomie) ont été citées.

Aussi avons nous préféré les résumer sous forme de tableaux, en y portant les éléments majeurs :

- Sexe
- Age
- Lésions rencontrées
- Type d'intervention

SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESI- CULE	V B P				
F	52	+	Empièr- rement		+		STO
M	22	+	Empièr- rement				STO
M	40		Empièr- rement			P.C	STO + Cholédocotomie- Kehr.
F	65	+	Empièr- rement		+		STO
F	30	+	Empièr- rement			P.C	STO
F	45	+		+			STO
M	27	+	Empièr- rement				STO
M	28	+	Empièr- rement		+		STO
M	43	+	+				STO
F	50	+	Empièr- rement				STO + KEHR
F	61	+	+			P.C	STO
F	36	+	Empièr- rement		+		STO
F	47	+	Empièr- rement		+		STO
F	57	+	Empièr- rement			P.C	STO
F	54	+	Empièr- rement				STO
F	64	+	+			K.H.F	STO
F	50	+	+			cirrhose	STO + Kehr
F	40	+	+			K.H.F	STO + resection Dôme seillant
F	51	+	Empièr- rement		+		STO
F	55	+	Empièr- rement				STO
F	22	+	+				STO

SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESI- CULE	V B P				
F	45	+					STO
F	34	+	Empièr- rement		+		STO
F	37	+	Enclavé				STO
F	32	+	+				STO
F	43	+	Enclavé				STO
F	43	+	Empièr- rement				STO
F	40			+		P.C	STO
F	74	+	Empièr- rement		+		STO
F	38	+	+				STO
F	68	+	+				STO
F	46	+	Enclavé				STO
M	34	+	Empièr- rement		+		STO
F	19	+	+				STO
F	60	+	+			cirrhose	STO
M	34	+	Empièr- rement		+		STO
M	40	+	+				STO
M	32	+					STO
F	56	+	+				STO
M	41	+	+				STO + cholédocotomie
M	26	+	Enclavé				STO
F	+	+					STO

	SEXE	AGE	LITHIASE VESI- CULE	V B P	LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
	F	24	+	+				STO
	M	61	+				P.C	STO
	F	50	+			+		STO
	F	56	+					STO
	F	40	+	+			P.C	STO
	F	28	+	Empièr- rement		+		STO
	M	36	+	+		+		STO + Cholédocotomie
	F	41	+	+				STO + Cothétérisme du Wirsung
	F	55	+	+				STO + Cholédocotomie
	F	40	+					STO
	F	40	+			+		STO
	F	49		+				STO
	F	26	+	+				STO + Drain transcy- stique
	F	47	+	+				STO
	F	21	+	+				STO
	F	58	+	+				STO
	F	25	+	Enclavé				STO
	F	54	+	+				STO
	F	28	+	+				STO
	M	18	+	Enclavé				STO
	F	34	+	+				STO

SEXE	AGE	LITHIASSE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESI- CULE	V B P				
F	58					P.C	STO
F	50	+					STO
F	47	+	Empièr- rement		+		STO
F	41	+					STO
F	36	+	Empièr- rement		+		STO
F	37	+	+				STO
M	50	+	+			réaction pancréat.	STO + cholédocotomie
F	34	+					STO
M	55	+					STO
F	40	+	+				STO
F	50	+	+			Pancréat. aigue	STO
F	46	+	+			K H F rompu	STO + Sphinctéroplastie cholédocotomie-résec. Dome saillant
F	50	+	+				STO
M	39		+				STO + Kehr
F	30	+					STO
F	44	+	Empièr- rement		+		STO
M	40		+			agenesie lobe gauche	STO
M	44	+	Empièr- rement		+		STO
F	48	+	+				STO
F	60	+	Empièr- rement		+		STO
F	46	+	+				STO

SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESIDUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESI-CULE	V B P				
F	61	+	Enclavé				STO
F	25	+	+				STO + Cholédocotomie
F	41	+	Empièr- rement				STO
M	51	+	+				
F	52	+		+			STO + Biopsie de l'oddi
F	48	+					STO
F	21	+					STO
F	70	+	Empièr- rement			P.C	STO
F	20	+			+	P.C	STO
M	55	+	+				STO
F	33	+	+				STO
F	42	+	+				STO Sphinctéroplastie
F	36	+					STO
F	54	+	+				STO
M	29	+					STO
F	44	+				P.C	STO sur D3 sous mé- socolique
F	66	+			+	Pancréat. Aigue	STO
F	35	+	+				STO
F	78		Empièr- rement				STO
F	17	+				P.C	STO
M	67	+	Empièr- rement			P.C	STO

	SEXE	AGE	LITHIASÉ		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LÉSIONS ASSOCIÉES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
5	F	27	+	+				STO
7	M	60	+	+				STO
8	F	43	+	+				STO
9	F	20	+	Enclavé				STO
10	M	87	+	+		+	P.A.H.	STO
11	F	35	+			+		STO
12	F	62	+	+				STO
13	F	53	+	+				STO
14	F	30	+			+	Pancréat. chronique	STO + Biopsie-oddi.
15	F	53	+	Enclavé			pancréat. chronique	STO
16	F	59	+				Pancréat. chronique	STO
17	F	21	+	Empièr- rement			Pancréat. chronique	STO
18	F	35	+			+		STO
19	F	27	+	Empièr- rement				STO
20	F	64	+	+			Pancréat. chronique	STO
21	F	47	+			+		STO
22	M	62	+	+				STO
23	F	43	+	+				STO
24	F	71	+					STO
25	F	28	+	Enclavé			Pancréat. Aigue	STO
26	F	34	+				Pancréat. chronique	STO

	SEXE	AGE	LITHIASSE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
7	F	40	+	+				STO
8	F	40	+			+		STO + Biopsie de l'oddi
9	M	42	+	+				STO + cholédocotomie
0	M	52	+			+		STO
1	M	66	+	+			K H F rompu	STO
2	F	30	+	Enclavé				STO
3	F	32	+	+				STO
4	F	35	+	+				STO
5	M	54	+	Empièr- ement				STO
6	F	48	+	+				STO
7	F	43	+	+		+		STO
8	F	59	+	+				STO
9	F	53	+	+		+		STO
0	F	48	+	Enclavé				STO + Sphinctéro- plastie
1	F	61	+				Pancréat. chronique	STO
2	F	56	+	Empièr- ement				STO
3	F	32	+			+		STO
4	F	38	+	+				STO + cholédocotomie
5	F	53	+	Empièr- ement		+		STO
6	%	33	+	Empièr- ement			Pancréat. chronique	STO
7	M	25	+	+				STO

	SEXE	AGE	LITHIASE VESI- CULE	V B P	LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
8	F	30	+	Empièr- rement				STO
9	F	36	+	Enclavé				STO + sphinctéro- plastie
0	F	24					K H F du dôme	STO + résection du dôme
1	F	26	+	Empièr- rement		+		STO
2	M	31	+				Douve	STO
3	F	25	+	Enclavé				STO
4	F	30	+		+			STO
5	F	20	+				Pancréat. chronique	STO+Sphinctéropastie
7	M	48	+					STO
7	F	44					K H F rompu	STO + Kysto résection tunnellisation
8	F	60	+	Enclavé				STO
9	F	27	+	Enclavé				STO
0	F	38	+	+				STO
1	F	54	+	+				STO
2	F	49	+	+				STO
3	F	31	+	Enclavé				STO + sphinctéropastie
4	F	55	+				Plaie de la V B P	STO+ plastie cholédocienne
5	F	28	+	+				STO
6	M	38	+			+		STO
7	F	48	+	+			ulcère duodéal	STO + vagotomie gastro enterostomie
8	F	50						STO

	SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
69	F	19	+	+				STO
70	F	25	+	Enclavé				STO
71	F	38	+	Empièr- ement		+		STO
72	M	73	+	+			Pancréat. chronique	STO
73	F	58	+	+				STO
74	M	72	+	+				STO + cholédocotomie Kehr
75	F	34	+	Empièr- ement		+		STO
76	F	30		Empièr- ement			Pancréat. chronique	STO
77	F	48	+	+				STO
78	F	48	+					STO
79	F	31	+	Enclavé				STO
80	F	19	+	Enclavé				STO + Sphinctéro- plastie
81	F	24	+			+		STO
82	F	49			+			STO + Sphinctéro- plastie + Kher
83	F	35	+			+		STO
84	F	35	+	+				STO + Sphinctéro- plastie
85	M	65	+					STO
86	F	50	+	+				STO
87	F	32	+	+			Pancréat. chronique	STO
88	F	24	+	Empièr- ement		+		STO + Sphinctéroplastie
89	F	69		Empièr- ement		+		STO + Cholédocotomie

	SEXE	AGE	LITHIASE VESI- CULE	V B P	LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
0	F	65		+		+		STO + Sphinctéro- plastie + Kher
1	M	50			+			STO + Kahr
2	M	45	+	+				STO
3	F	39	+	+				STO + Sphinctéro- Plastie
4	F	35	+	+				STO + Kehr
5	F	34	+	+				STO + Cholédocotomie
6	F	46	+	Empièr- rement		+		STO
7	F	64	+	+				STO
8	F	65	+			+		STO
9	F	33	+	Empièr- rement				STO
0	F	46	+			+		STO
1	F	32	+	Enclavé				STO
2	F	61	+	+				STO + Sphinctéro- plastie
3	F	69	+	+		+	Pancréat. Aigue	STO
4	F	35	+	+			K.H.F.	STO + résection du dôme seillant
5	F	24	+	Empièr- rement			Pancréat. chronique	STO + Sphinctéro- plastie
6	M	35	+	Enclavé			Pancréat. chronique	STO
7	F	52	+				Pancréat. aigue	STO
8	M	65	+			+		STO
9	F	43	+	+				STO + Sphinctéro- plastie
0	F	45	+				Pancréat. chronique	STO

	SEXE	AGE	LITHIASÉ		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LÉSIONS ASSOCIÉES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
1	F	43	+	+				STO
2	M	67	+	+			Cirrhose	STO
3	F	71		Empièr- rement				STO
4	M	56	+					STO
5	F	27	+	Empièr- rement				STO + Hépaticotomie gauche.
6	F	37	+	+				STO + Sphinctéro- plastie
7	F	65		Empièr- rement		+		STO + Sphinctéro- plastie
8	F	21		+				STO + Sphinctéro- plastie + Kehr
9	F	35		Empièr- rement		+		STO
10	F	24	+	Empièr- rement		+	Fistule Hep.gauche	STO + Kehr
11	F	21	+			+		STO
12	F	46	+	Empièr- rement				STO + Drain-transpa- rillaire
13	M	60	+			+		STO + Biopsi Oddi
14	F	20		+				STO + Cholédocotomie
15	F	54	+			+		STO
16	F	53	+			+		STO + Drain- Trans- cystique
17	F	35	+			+		STO
18	F	24	+	+				STO + sphinctéro- plastie
19	M	68	+	Empièr- rement				STO
20	M	60	+	Enclavé				STO + Drain trans- cystique
21								

SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESI- CULE	V B P				
F	80	+				Pancréat. chronique	STO
M	40	+					STO + Drain trans- cystique
F	19	+	Enclavé				STO
F	61	+	Enclavé				STO
F	53	+	+				STO + Drain trans- cystique
F	61	+	+		+		STO + cholédoco +Kehr
F	30	+					STO + cholédocotomie
F	30	+					STO
F	30	+	+				STO
M	31	+	+				STO
M	62	+	+				STO
F	40	+					STO
F	35	+					STO + cholédocotomie Kehr
M	63	+	+				STO
F	59	+	Empièr- ement		+		STO
F	50	+			+		STO
F	46	+	+				STO + Kehr
M	55	+	Empièr- ement				STO + Kehr
F	59	+			+		STO
F	39	+	Empièr- ement		+		STO + cholédocotomie Kehr
F	65	+	+				STO

	SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELIE	ODDITE	LÉSIONS ASSOCIÉES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
1	F	36		+		+		STO
4	F	65	+					STO + Anastomose choléd-duodénale
5	F	35	+		+			STO + Kehr
5	F	23		Enclavé				STO
7	F	54		+				STO
7	M	33	+				Adénome vaterien	STO + adénomectomie Kehr
9	F	50	+	+				STO
60	F	72		+				STO
1	M	47	+					STO
2	M	37	+	Empièr- ement			KHF Rompu	STO + Périkystectomie
3	F	27	+	Empièr- ement		+		STO
4	F	50	+	Empièr- ement		+		STO
5	F	38	+	+				STO
6	F	54	+	Empièr- ement				STO
7	M	39	+	Enclavé				STO + cholédocotomie Kehr
8	F	49	+	+				STO
9	M	56	+	+				STO
0	M	41	+	+				STO
1	F	53	+	Empièr- ement				STO
2	F	51	+	+				STO
3	F	52	+	+			KHF calcifié	STO

	SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
4	F	44	+	+				STO
5	M	57	+	Enclavé				STO
6	F	66	+	+		+	Pancréat. chronique	STO + Kehr
7	F	23	+	+				STO
8	F	61	+	+				STO
9	F	50	+	+		+		STO + Drain trans- cystique
10	M	40	+	Enclavé		+	pancréat. chronique	STO
11	M	54	+	Enclavé				STO
12	F	48					Dilatation VBP +++	STO + sphinctéroplastie Drain-transcystique
13	F	51	+	+				STO
14	F	72	+	+				STO + Drain trans- papillaire
15	F	59	+			+		STO
16	F	69	+	+				STO
17	M	74			+			STO
18	M	73		Empièr- ement			K.H.F rompu	STO + Périlystéctomie
19	F	64	+				K.H.F rompu	STO + Kehr
20	F	55	+	+				STO
21	F	60	+	Empièr- ement		†		STO
22	F	31	+	+				STO
23	F	36	+	+			Angiome hépatique	STO
24	F	36	+	Enclavé				STO

	SEXE	AGE	LITHIASÉ		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LÉSIONS ASSOCIÉES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
95	F	50	+					STO
96	M	56	+			+		STO
97	F	38	+	+		+		STO
98	F	48	+	Empièr- rement				STO
99	F	25	+	Enclavé				STO
00	M	39	+				K.H.F. rompu	STO
01	F	23	+	Enclavé				STO + sphinctéro- plastie
02	F	38	+	+				STO
03	F	45	+	+				STO
04	F	58	+	+			K.H.F. calcifié	STO
05	M	56	+	Empièr- rement				STO
06	F	40	+	+				STO
07	F	27	+	Empièr- rement		+		STO + Drain trans- cystique
08	F	50	+	+				STO + Drain trans- cystique
09	F	28	+	+			Ulcère duodénal	STO
10	F	27	+	Enclavé				STO + Drain trans- cystique
11	F	49	+			+		STO
12	F	50	+					STO
13	M	60		Empièr- rement		+		STO + Kehr
14	M	40	+	Empièr- rement				STO + cholédoco & Kehr
15	F	51	+	+				STO

SEXE	AGE	LITHIASE		LITH. RESI- DUELIE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
		VESTI- CULE	V B P				
M	49		Empièr- rement				STO + Kehr
F	43	+	+				STO + Drain trans- cystique
F	28	+			+		STO + biopsie VBP
F	52	+			+		STO + Biopsie oddi
M	56	+	+				STO + Kehr
F	28	+	Empièr- rement				STO + Kehr
F	36			+			STO + Kehr
F	18	+	+		+		STO + Drain trans- cystique
F	34	+			+		STO
F	20	+	+				STO
F	69	+	+		+		STO + Biopsie oddi- enne
F	36	+	+				STO + Drain trans- cystique
F	64	+	+				STO + Kehr
F	36	+	+				STO + Kehr
F	61				+		STO + Biopsie oddi
F	55	+	+		+	angiome hépatique	STO + Biopsie oddi
F	41	+	+				STO
F	55	+	Empièr- rement		+		STO + Kehr
F	45	+	enclavé				STO + Drain trans- cystique
M	38	+			+		STO
F	40	+	Enclavé				STO

°	SEXE	AGE	LITHIASÉ		LITH. RESI- DUELLE	ODDITE	LESIONS ASSOCIEES	TYPE D'INTERVENTION
			VESI- CULE	V B P				
37	M	44	+	Empièr- rement		+		STO
38	F	44	+			+		STO + Drain trans- cystique
39	M	74	+	Empièr- rement		+		STO
40	F	25	+	+				STO
41	F	31	+	+				STO
42	M	38		+		+		STO + cholédocotomie
43	F	57	+	+				STO + Drain trans- cystique
4	F	37	+	+			Plaie de la VBP	STO + suture de la plaie
45	F	49	+	+				STO + Kehr
46	F	54	+	+				STO + Drain trans- cystique
47	F	28	+	Empièr- rement			pancréat. aigue	STO
48	F	39	+	+				STO + cholédocotomie
49	F	35	+			+		STO
50	F	65	+	Enclavé			cirrhose	STO
51	F	64	+	+		+		STO + Sphinctéro- plastie
52	F	40	+	Empièr- rement		+		STO
53	F	48	+	+				STO + cholédocotomie Drain transcystique
54	F	28	+	+				STO
55	F	35	+	Empièr- rement		+		STO
56	F	30	+	Empièr- rement				STO
57	F	46	+	Empièr- rement		+		STO

 O N C L U S I O N S

De cette étude plusieurs conclusions se dégagent :

- A) La sphinctérotomie est une intervention qui comporte ses indications précises et sa technique propre en chirurgie biliaire;
 - Elle présente plusieurs avantages
 - Son indication précise repose sur la radiomanométrie, dont il est impossible de se passer, sans s'exposer à de graves déboires.
 - La cholécystectomie doit être systématique.
 - Il faut respecter une tactique toujours atraumatique et aussi physiologique que possible.
- B) Son risque opératoire est minime; les rares accidents que nous avons observés, nous incitent à la prudence chez les personnes âgées.
- C) La complication majeure est la pancréatite aigue. Elle est heureusement rare (1,3 %) mais grevée d'une mortalité effroyable (80 %).
- D) Dans notre statistique la sphinctérotomie, a donné 86,7 % de résultats excellents ou bons à distance.
- E) Notre expérience, nous permet d'affirmer que cette chirurgie, présentée comme dangereuse, grevée d'inconvénients considérables, s'est révélée efficace, confortable pour le malade et, dans l'ensemble bénigne.

BIBLIOGRAPHIE

- AHUALI A. - Notre expérimentation de la papillotomie.- Journées internationale.Hépat.,Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. inter. Hépat., 1966, 16, N°3, 543-554, 7 fig., 6 tabl.-Bibliogr. (texte français).
- ALIVISATOS C.N. -Notre expérience sur les indications et les résultats de la sphinctérotomie oddienne.- Rev. internat. Hépat.,1965,15, n°5, 865-867 (Texte français).
- ALMASQUE-DEDEU R.- Sphinctérotomie. Indications et résultats.Notre expérience.- Rev. internat. Hépat., 1965. 15, n°5, 853-864, 8 fig. (Bibliogr.).
- ARANDES ADAN R.- Chirurgie du sphincter d'Oddi.- Montpellier chir., 1966, 12, n°1, 1043-113.
- ARIANOFF A.A.- Indications et résultats de la sphinctérotomie oddienne. A propos de 244 cas.- Acta chir. belg.,mai 1965, 64, n°5, 639-656, 6 tabl. -Bibliogr.).
- ARIANOFF A.A.- Indications et résultats de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 839-851, 5 tabl. (Bibliogr.) (texte français).
- ARIANOFF A.A.-Sphinctérotomie. Indications et résultats dans 285 cas Internat. Surg., oct.1966,46, n°4, 363-369 (Biblio.)

- ARIANOFF A.A., VIEILLE G. et VAN REEPRINGHEN P.- Considérations sur la chirurgie du sphincter d'Oddi.- Acta chir. belg., oct. 1968, 67, n°8, 779-797 -texte français).
- BAHY J.- La sphinctérotomie oddienne ; résultats immédiats et tardifs.
- A propos de 83 cas.- Thèse Paris, 1966, n°268, 35 pages.
- BARRAYA L.- Indications de l'action chirurgicale sur le sphincter d'Oddi.- Colloque sur la Sphinctérotomie. Hôpital Broussaus ; 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n° 5-6, C.360.
- BARRAYA L., LACROIX Cl. et NAKPANE Et.- A propos de la papillo-sphinctéroplastie. Statistique. Réponses et questions.- Arch. franç. Mal. App. dig., nov. 1968, 57, n°II, 951-952.
- BARSOTTI J. et CASTELLANI L.- Papillotomies et sphinctérotomies transduodénales en chirurgie biliaire. Revue générale à propos de 132 cas.- Ann. chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mai 1969, 23, n°9-10, 537-551, 6 fig. (Bibliogr.).
- BARSOTTI J., GRECO J., CASTELLANI L. et LARRIEU H.- Papillotomies et sphinctérotomies transduodénales (à propos de 136 cas) B.M. Soc. Chir. Paris, 1969, 59, n° 4, 187-219.
- BEAUDET H.- Sphinctérotomie : indications et complications.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 913-915 (texte français).
- BISMUTH H., DUPONT J.M., PERNOD R. et HEPP J.- Les accidents secondaires précoces de la sphinctérotomie oddienne.- Ann. Chir. mars 1966, 20, n°5-6, C. 334-C.339, 6 fig. (Bibliogr.).
- BITTMANN O.-Résultats immédiats et éloignés après 202 sphinctérotomies.- chirurg, juin 1966, 37, n°6, 262-266 (Bibliogr.).
- BOECKL O. - Objectivation de l'indication de la sphinctérotomie par électromanométrie.- Langenbecks Arch. Chir., 1969, 325, 1144-1147.
- BOHMIG H.J., FRITSCH A. et GARBSCH H.-Résultats fonctionnels après Sphinctérotomie totale.- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1965, 312.N°2, 168-186, 7 fig. (Bibliogr.).
- BOHMIG H.J., FRITSCH A., KUX M. et LECHNER G.- Pouret contre la sphinctérotomie transduodénale.- Wien. med. Wschr., 2 mars 1968, 118, N°9-10, 197-200, 8 tabl. -Bibliogr.).

- BOHMIG H.J., FRITSCH A., KUX M. et STACHER G. - Indications et résultats de la sphinctérotomie transduodénale.- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1969, 323, n°3, 173-188 (Bibliogr.).
- BONFILS S., LAURENT B., BERNOD R., HALLE C. et HEPP J.- Electromanométrie dynamique post-opératoire de la voie biliaire principale et de l'appareil oddien. Application à l'étude des conséquences précoces de la sphinctérotomie.- Arch. Mal. App. juin 1963, 52, n°6, 649-668 (Bibliogr.).
- M.J. BONNET., Résultats éloignés de 68 cas de sphinctérotomie oddienne Thèse grenoble 1971.
- BOULTER P.S.- Etudes du remplissage du canal hépatique chez l'homme (effet de la sphinctérotomie).- Brit. J. Surg., juil. 1961, 48 n°213, 17-21, 8 fig. (Bibliogr.).
- BOURGEON R., GUNTZ M. et MOUIEL J.- Etude critique de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Gepat., 1965, 15, n°5 821-828 (texte français).
- BRAASCH J.W. et McCANN J.C. Jr.- Observations sur la section simple du sphincter d'Oddi.- Surf. Gyn. Obst., août 1967, 125, N°2, 355-358 (Vibliogr.).
- BUCHELER E., THELEN M., KAUTER C. et PAGUET K.J. - Représentation rétrograde des voies biliaires extra- et intra-hépatiques après cholidocho-et hépatico-duodénostomie et papillotomie.- Fortschr. Geb. Röntgenstr., mai 1970, 112, n°5, 600-609 (résumé français).
- BUFFAT J.D.- Les sphinctérotomies oddiennes.- Praxis, 9 juin 1966, 55, n°23, 642-646 (Texte français).
- BUREAU H., GOUDARD A., LAMY J., PAYAN H. et PERRIMOND H.- Etude expérimentale de la sphinctéroplastie oddienne chez le chien.- Rev. internat. Gepat., 1965, 15 n°5, 953-966 (texte français).
- CADILI G. et SOMMARIVA V. - Etude histologique du cholédoque terminal après plastie du sphincter.- Minerva chir., 15 oct. 1962, 17, n°19, 930-944, 57 fig. (Bibliogr.).

- CASTRINI G. et ZICARI N.- Les modalités de remplissage et de vidange de la vésicule biliaire après suppression du sphincter d'Oddi.- Bull. Soc. internat. Chir., nov.-déc. 1963, 22 n°5-6, 517-522 (Bibliogr.) (Résumé français).
- CHAMPEAU - Le sphinctéroplaste.-Mém.Acad. Chir., 1961, 87, n°32, 946.
- CHAMPEAU M. - Pancréatites aiguës après sphinctérotomie.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 Sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, N°5 6, C.352-C.353.
- CHAVY A.- La sphinctérotomie oddienne en chirurgie biliaire et pancréatique.- Gaz méd. France, 10 mars 1960, 67, n°5, 599-605.
- CLAUDO D. et DUON R. - Une complication mineure de la sphinctérotomie oddienne : l'ascaridiose de la voie biliaire principale.- Mém. Acad. Chir., 30 nov.-7 déc. 1966, 92, n°29-30, 841-844.
- CIDDOLINI A.- Papillo-sphinctérotomie transduodénale dans le traitement de la cholédocholithiase.- Gazz. med. ital., déc.1969, 128, n°12, 727-728 (Bibliogr.).
- CIMINATA A.- La chirurgie moderne du cholédoque et de la papille de Vater dans la lithiase biliaire.- Rif. med. 5 mai 1962, 76, n°18, 491-494 -résumé français).
- CIMINATA A.- La papillo-sphinctérotomie transduodénale -85 cas).- Minerva chir., 15 mai 1962, 17, n°9, 421-427 (Bibliogr.).
- COLE W.H.- Ecarteur duodéal pour exposition de la papille duodénale et du sphincter d'Oddi.- Surgery, nov. 1963, 54, n°5, 749-751.
- COLSON J.M.-Renseignements tités de 64 sphinctéroplasties oddiennes pour lithiase des voies biliaires.- Thèse Paris, 1970, n° 292, 76 pages.
- CORNELEAC E.- Ausujet des sphinctérotomies oddiennes légitimes et abusives.- Journées internt. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev.internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 575-580, 11 fig. (Bibliogr.) (Texte français).
- CORNET J., CUILLERET J. et GUILLEMIN G.- Traitement de la lithiase des canaux biliaires intra et extra-hépatiques.- E.M.C., Foie, fasc. 7047 H50. 11-1966, P. 6 d.

- COULON. BELLET (Mlle) et ESCARIE M.- Conséquences d'une sphinctérotomie oddienne.- Montpellier chir., 1968, 14, n°1, 107-110.
- COUNIOT J.- Pancréatites aiguës après sphinctérotomie.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C.353-C.354.
- OZERNIAWSKA-BEYLIN W. et coll.- Sphinctérotomie préduodénale dans le traitement chirurgical des affections des voies biliaires.- Polski Tygod. Lek., 1965, 20, n°48, 1815-1817 (Bibliogr.). (résumé anglais).
- CZYZEWSKI K.- La pailliotomie et la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5 869-873, 6 fig. -(texte français).
- CZYZEWSKI K. et coll.- Les indications de la papillotomie et de la sphinctérotomie dans notre propre matériel.- Polski Tygod. Lek., 1965, 20, n°42, 1572-1575 (Résumé anglais).
- DADGAR-DEHKORDIE I.- Valeur de la plastie de la papille de Vater d'après les cas opérés entre 1956 et 1965.- Bruns'Beitr. Klin. Chir., mai 1968, 216, n°3, 256-263 (Bibliogr.) (résumé français).
- DEBRAY C., ROUX M., LE CANUET R. et THOMAS J.- Résultats à distance de 70 cas de sphinctérotomie oddienne. Etude clinique et radiologique.- Rein et Foie, Actualités, 1963, 5, 121-135 (Bibliogr.).
- DEBRAY C., TOUX., LE CANUET R. et THOMAS J.- Résultats à distance de 70 cas de sphinctérotomie oddienne (étude clinique et radiologique.- Sem. Hôp. Paris, 14 nov. 1963, 39, n°51, 2441-244 (Bibliogr.).
- DEBRAY C., BESANCON F., PIRONNEAU A. et LOPES-MACEDO L.- Indications légitimes de la sphinctérotomie oddienne sous contrôle de la débitmétrie péroopératoire. (Débitmètre à flotteur).- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 985-997, 5 fig. (Bibliogr.) (Texte français).
- DEL VALLE D.- Papillosphinctérotomie Indications et résultats.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 1017-1029, 15 fig. (résumé français).
- DEL VALLE D., ZINNY J.S. et FIGUEROA M.A.- Papillosphinctérotomie. Indications et résultats.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5 775-781 (Bibliogr.) (Texte français).

- DE ROSA R.- Indication et technique de la plastie de la papille de Vater.- Zbl. Chir., 26 déc. 1964, 89, n°52, 1977-1984, 8 fig. (Bibliogr.).
- DOGLIOTTI A.M. et FOGILIATI A.E.- Résultats fonctionnels, complications et échecs, indications légitimes et abus de la sphinctérotomie oddienne.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 883-886 (Texte français).
- DOUTRE L.P.- Sphincteroplastie et lithiase biliaire. A propos de 44 observations.- Laval méd., fév. 1964, 35, n°2, 133-136.
- DOUTRE L.P.- Sphinctéroplastie et lithiase biliaire. A propos de 49 observations.- J. Méd. Bordeaux, juin 1965, 142, n°6, 975-977.
- DOUTRE L.P. et TAVERNIER - Le radio-cinéma dans les suites éloignées de sphinctéroplastie.- Presse méd., 30 nov. 1963, 71, n°51, 2435-2436.
- DOUTRE L.P., TAVERNIER et TACHOT - Suites orageuses d'une sphinctéroplastie faussement attribuées à cette dernière.- J.Méd. Bordeaux, fév. 1964, 141, n°2, 282.
- DOUTRE K.P., TAVERNIER et TACHOT - Suites orageuses d'une sphinctéroplastie faussement attribuées à cette dernière (étude radio-cinématographique).- Arch. Mal. App. dig., mars 1964, 53, n°3, 333-334.
- DUBOURG G., FONTAN F. et CHASSAIGNE J.P.- L'intérêt de la sphinctéroplastie dans la lithiase récidivante du cholédoque.- Arch. Mal. App. dig., av. 1960, 49, n°4, 459-463, 3 tabl.
- DUPONT J.M. - La pancréatite aiguë post-opératoire : complication redoutable de la sphinctérotomie d'indication biliaire.- Mém. Assist. étr., 28 oct. 1965, 29 pages dact.
- EDELMANN M.G. - A propos de la communication de MM. GOINARD et PELISSIER sur les pancréatites aiguës consécutives aux sphinctérotomies pour lithiase.- Mém. Acad. Chir., 1964, 90, n°11-12, 344-346.-
- ETALA E.- Indications et résultats de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, 875-881 (Bibliogr.).
- ETALA E.- Indications et résultats de la sphinctérotomie.- Presse méd. argent., 20 Août 1965, 52, n°30, 1759- 1762 (Bibliogr.).
- FERRACANI R.S.- Physiopathologie des voies biliaires et chirurgie du

sphincter d'Oddi.- Prensa méd. argent., 15 av.1965,52, N°12, 701-710, 25 fig.

FERRAND J. PHELINE 6, BARSOTTI J. et Plalomba R.- Curieuse image cholangiographie après sphinctéroplastie.- Afrique franç. chir. 3ème trim. 1960, 18, n°3, 168-169.

FINOCHIETTO R.- La papillotomie. I.- Prensa méd. argent., 24 mars 1961 48, n°12, 781-787.

FLIRICA T. et coll.- Considérations sur la sphinctérotomie oddienne.- journées internat. Hépat. Lyon. 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Gépato., 1966,16, n°3, 587-592, 5 fig. (Texte français).

FLABEAU F., TERQUEM J., ROUGEMONT C. et SCENAMA P.- Le risque opératoire dans les sphinctérotomies oddiennes. (A propos de 100 observations).- J. Chir., oct. 1967, 94, n°4, 317-324.

FRANK P.- Sphinctérotomies transduodénale sans ouverture du cholédoque. Presse méd., 11 fév. 1961, 69, n°7, 196.

FRANK P. et EISENBETH R.- La sphinctérotomie trans-duodénale à minima dans le traitement chirurgical de certaines lithiases biliaires. Indications et résultats (à propos de 25 interventions). Arch.Mal. App. dig., mai 1962, 51, n°5, 554-562.

FRANK P. et EISENBETH R.- Intérêt de la sphinctérotomie transduodénale dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. (A propos de 25 observations).- Presse méd., 22 déc. 1962, 70, N°55, 2693-2695, 6 fig. (Bibliogr.).

FRANK P. et EISENBETH R. - La place de la spinctérotomie oddienne (S.O) dans le traitement chirurgical de la lithiase biliaire.- Montpellier chir., 1970, 16, n°5, 451-457.

FRANK P. et WEILL J.- Les pancréatites aiguës après sphinctéroplastie oddienne. (A propos d'un cas ayant évolué vers la guérison).- Montpellier chir., 1970, 16, n°5, 459-463.

FRANK P. et WEILL J.- Les pancréatites aiguës post- sphinctérotomie.- J. Méd. Strasbourg, mai 1970, 1, n°5, 397-401.

FRANK P. et EISENBETH R. - La sphinctérotomie oddienne -S.O) d'indication viliaire.- J. Méd. Strasbourg, août-sept. 1970, 1, n° 9-9, 573-576;

FRITSCH A.- Cholangiométrie sur l'action de la papillotomie transduodénale sur le fluxpapillaire.- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1965, 310, n°2, 73-82 (Bibliogr.).

-- VIII --

- FRITSCH A. - Expériences avec la sphinctérectomie dans 634 cas depuis 1956.- Langenbecks Arch. Chir., 1969, 325, 590-594.-
- FRITSCH A. et FUCHSIG P. - Technique opératoire de la révision des voies biliaires, en particulier la papillotomie transduodénale Langenbecks Arch. Klin. Chir. (Rapports du Congrès). 1965, 313, 272-276, 6 tabl.
- GARCIA DIAZ S.- Application locale d'anesthésiques anti-inflammatoire et d'antibiotiques dans les papillotomies.- Rev.internat. Hépat., 1965, 15 n°4, 747-754.
- GARRIZ R.A., SANTANGELO H.D et ALMANZA J.M.- Papillectomie. Technique Prensa méd. argent., 20 sept. 1968, 55, n°30, 1469-1473, 10 fig (Bibliogr.).
- GARRIZ R.A., SANTANGELO H. et FERNANDEZ VALONI A.- Sphinctéroplastie transduodénale Méthode et technique.- Prensa méd. argent., 8 nov. 1968, 55, n°37, 1804-1807 (Bibliogr.).
- GAUTHIER-VENOIT C. et FLORIN M.- A propos des mauvais résultats de la sphinctérotomie.- Arch. franc. Mal. App. dig., sept. 1967, 56, n°9, 861.-
- GAUTHIER-BENOIT C. et FLORIN M.- A propos des mauvais résultats de la sphinctérotomie.- Lille méd., Oct. 1967, 12, N°8, 948-950.
- GIGNOUX R. et coll.- Pancréatites aiguës post-opératoires précoces après sphinctérotomie.- Lyon chir., sept., 1965, 61, n°5, 752-760.-
- GIRAUD J.R.- La sphinctéroplastie pour lithiase cholédocienne Thèse Alger 1961.-
- GOINARD P.- Réflexions sur 109 sphinctérotomies et sphinctéroplasties oddiennes.- Lyon chir., janvier 1967, 63, n°1, 131-138.
- GOINARD P. et PELISSIER G.- Sphinctéroplastie totale dans drainage du cholédoque dans le traitement des affections biliaires.- Surg. Gy., Obst., sept. 1960, 111, n°3, 339-347, 6 fig. (Bibliogr.).
- GOINARD R. et PELISSIER G.- Résultats de la sphinctéroplastie.- Colloque sur la sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962.- 16, n°5-6, C.344-C.345.-

- GOINARD P. et PELISSIER G.- six années de sphinctéroplastie pour lithiase choledocienne.- Mém. Acad. Chir., 1963, 89, n°7-8, 234-239.-
- GOINARD P. et PELISSIER G.- Note sur les pancréatites aiguës consécutives aux sphinctérotomies pour lithiase.- Mém. Acad. Chir., 1964, 90, n°4-5-6-7, 223-225.
- GOINARD P. et PELISSIER G.- A propos de l'observation de M. Edelmann : pancréatite aiguë consécutive à une sphinctérotomie pour lithiase.-Mém. Acad. Chir., 1964, 90, n°17-18, 491-492.
- GOINARD P. et PELISSIER G.- Compte- rendu d'une expérience de 8 années de sphinctérotomies.- Journées internat. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 605-609 (texte français).
- GOINARD P. et PELISSIER G.- La sphinctérotomie oddienne sans cholécystomie ni drainage biliaire externe.- Mém. Acad. Chir., 27 nov. 4 Déc. 1968, 94, n°27-28, 798-804.
- GRASSI G., BROGLIA S. et DELL'OSSO A.- La sphinctérotomie transduodénale.- Polichlinico -sez. chir.). mai-juin 1968, 75, n°3, 172-190, 12 fig. (Bibliogr.) (résumé français).-
- GRENIER J.F. - Radiodebimétrie peropératoire des voies biliaires pour préciser les indications de la sphinctérotomie. Méthode d'appoint.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Gép. Paris), mars 1962, n°5-6. C. 362-C. 363.-
- GRILL W.- Vérification peropératoire de la sécrétion pancréatique dans la sphinctérotomie.- Lan genbecks Arch. Klin. Chir. (Rapports du Congrès), 1965, 313, 283-285.
- GRILL W., PICHLMAIER H. et HERNANDEZ M.- Recherches expérimentales sur le mécanismes de fermeture des voies biliaires distales après sphinctérotomies transduodénale.- Langenbercks Arch. Klin. Chir.;, 1963, 302, n°2, 220-233, 7 fig. (Bibliogr.).
- GRIMOUD M., LAPEYRERE J., MALESCAZE A. et CAZAL-GAMELSY J.- A propos des indications de la sphinctérotomie oddienne.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15 n°5, 815-819 (texte français).
- GUILLEMIN G., GIGNOUX R., HUTINEL J. et MIGUET B.- Pancréatite aiguë après sphinctérotomie.- Journées internat. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 593-600 (texte français).

- HEISS W.- Importance de la sphinctérotomie transduodénale en chirurgie biliaire.- Wien. Klin. Wschr., 12 fév. 1965, 77, n°6, 97-100 (Bibliogr.).
- HENRY E. et MONTIES J.R.- Résultats des sphinctérotomies oddiennes dans les affections lithiasiques de la voies biliaire principale.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 Sept. 1961, in Ann. Chir., (Suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C.346-C.347.-
- HEPP J.- Place de la sphinctérotomie dans le traitement de la lithiase choledocienne.- Méd. et Hyg., 23 sept. 1964, 22, n°655, 764-766.-
- HEPP J. et PERNOD R.- Pancréatite aiguë après sphinctérotomie.- Colloque sur la Sphinctérotomies, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir., (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C. 351.-
- HEPP J. et PERNOD R.- Résultats radiologiques de sphinctérotomies.- Colloque sur la sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 Sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C. 355-C.356.-
- HEPP J. et BISMUTH H.- Accidents et complications précoces de la sphinctérotomie oddienne.- Journées internat. Hépat., Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 497-519, 5 tabl. (Bibliogr.) (texte français).
- HEPP J. et BISMUTH H.- Les accidents péroopératoires de la sphinctérotomie oddienne.- Ann. Chir., mars 1966, 20, n°5-6, C. 331-C. 333 (Bibliogr.).
- HIVET M., RICHARME J., BERLINSKI M. et CHEVREL J.P.- Les pancréatites aiguës après sphinctérotomie oddienne.- Acta chir. belg., mars 1967, 66, n°3, 247-252.-
- HIVET M., RICHARME J., CHEBREIL J.P. et BERLINSKI M.- 340 sphinctérotomies oddiennes, technique, indications, résultats immédiats et tardifs.- Ann. Chir., nov. 1967, 21, n°23-24, 1409-1413 (Bibliogr.).
- HULSKAMP P.- Papillotomie transduodénale, Indications et résultats.- Prensa méd. argent., 10 juin 1960, 47, n°24, 1778-1781 (Bibliogr.).
- HUTCHISON D.E.- Sphinctéroplastie de l'ampoule de Vater.- Brit.J. Surg., août 1969, 56, n°8, 593-594 (Bibliogr.).

- JELINEK R.- Complications et causes de mort après sphinctérectomie.-
Langenbecks Arch. Chir., 1969, 325, 594-598 (Bibliogr.).
- JONES S.A.- Aide instrumentale pour la localisation de l'ampoule de
Vater.- Surgery, sept. 1963, 54, n°3 480-482.
- JONES S.A., STEEDMAN R.A., KELLER T.B. et SMITH L.L. - Sphinctéropla-
stie transduodénale (non sphinctérotomie) pour affection
biliaire et pancréatique. Indications. Contre-indications et
résultats.- Am. J. Surg., août 1969, 118, n°2, 292-306, 12 fig.
6 tabl. (Bibliogr.).
- KAPANDJI.- Lopacification de la vésicule biliaire après sphinctéro-
tomie et le rôle du duodénum parmi les mécanismes du rem-
plissage vésiculaire.- MÉM. Acad. Chir., 23-30 oct. 1963,
89, n°26-27, 710-716 -Bibliogr.).
- KHELLADI M. - A propos de l'empierrement de la voie Biliaire princi-
pale (Série Homogène de 103 cas). Thèse Alger 1972.-
- KOSKAS. R.- Les sphinctérotomies. Indications. Technique.- Tunisie
méd. sept. oct. 1962, 41, n°5, 549-557.-
- KOURIAS B.- Le problème de la sphinctérotomie transduodénale dans
l'opération biliaire.- Bruns Beitr. Klin. Chir., mai 1961,
202, n°3, 322-333, 6 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).
- KOURIAS B., PAPACHARALAMBOUS N. et LIAPIS D.- Sphinctérotomie d'Oddi
d'indication restreinte. Données cliniques, radiologiques et
histo-pathologiques (d'après 70 cas).- Lyon chir., sept. 1961,
57, n°5, 641-663, 23 fig. -Bibliogr.).
- KOURIAS B., TIERRIS E. et PAPAEOANGELOU E.- Résultats à distance de la
sphinctérotomie oddienne d'indication restreinte.- Journées
internat. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat.
1966, 16, n°3, 581-585 (texte français).
- KOURIAS B.G. et TIERRIS E.J.- Sphinctérotomie transduodénale avec in-
dications strictes. Une évaluation de 113, cas.- Am. J. Surg.,
sept. 1966, 112, n°3, 426-431, 9 fig. (Bibliogr.).
- KUZNEROV R.V.- Voie d'abord chirurgicale pour la papille duodénale.
Khirurgia (Moscou), 1965, n°1, 111-113 (Bibliogr.).
- KYRLE P. (von) - Indications et résultats de la papillo-sphinctérotom-
ie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 889-894 (Bibliogr.
(texte allemand)).
- LAMY J. SARLES J.C. et ASSADOURIAN R.- Notre position actuelle sur la
sphinctérotomie au cours du traitement de la lithiase bi-
liaire.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 895-900 (texte
français).-

- LARMI T.K.I.- Instrument pour sphinctérotomie et excision biopsique transduodénales dans la paille de Vater.- Chirurg, av. 1970, 41, n°4, 189.
- LATARJET M.- Pancréatite aiguë après sphinctérotomie.- Lyon chir., sept. 1965, 61, n°5, 775-776.
- LATASTE J. VAYREP. et GIULI R.- A propos de 89 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.- Presse méd., 11 av. 1964, 72, n°18, 1053-1055.-
- LATASTE J. et LENRIOT J.P.- Les angiocholites après sphinctérotomie oddienne.- J. Chir., nov. 1967, 94, n°5, 391-402, 8 fig.
- LAURAS H., DURAND G. et VERDIER A.- Faut-il respecter ou sectionner le sphincter dans la chirurgie du cholédoque lithiasique. (A propos de 156 cas).- J. Méd. Bordeaux, av. 1964, 141, n°4, 612.-
- LAURAS H., DURAND G. et VERDIER A.- Faut-il respecter ou sectionner le sphincter dans la chirurgie du cholédoque lithiasique , A propos de 156 cas.- Arch. Mal. App. dig., oct. 1964, 53, n°10, 1146-1149.-
- LEFEBVRE F.- Indications personnelles de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 935-938 (texte français).
- LEGER L., MICHON H., GUYET-ROUSSET P. et FUJISHIRO Y.- Sphinctérotomie et physiologie vésiculaire.- J.Chir., fév. 1963, 85, n°2, 129-147, 22 fig.
- LEGER L., MAGDELAINE M. et MICHON H.- La cholécystectomie est-elle indispensable après sphinctérotomie ? - Presse méd., 27 fév. 1963, 71, n°10, 516-518, 6 fig.
- LEGER L. et BOURY G.- Sphinctérotomie oddienne transcholedocienne.- Prensa méd. argent., 28 Juil. 1967, 54, n°21-22, 993-994.
- LEGGERI A. et DI PAOLA M.- Notre expérience sur l'emploi de la papillostomie transduodénale dans les obstructions du cholédoque terminal.- Policlinico (sez. prat.) 9 Sept. 1963, 70, n°36, 1266-1271, 6 fig. (Résumé français).
- LEMPKE R.E.- Le sphincter d'Oddi et la fonction vésiculaire.I.- La préservation de la fonction après section et résection du sphincter.- Ann. Surg., nov. 1960, 152, n°5, 815-826, 14 fig. (Bibliogr.).

- LEMPKE R.E.- Sphincter d'Oddi et fonctionnement de la vésicule biliaire. II.- Effet de la sphinctérotomie sur la résistance sphinctérienne.- Ann. Surg., juil. 1963, 158, n°1, 9-16 (Bibliogr.).-
- LEMPKE R.E., KING R.D. et KAISER G.S.- Hydrodynamique du remplissage de la vésicule biliaire (étude après sphinctérotomie) J.A.M.A. 19 oct. 1963, 186, n°3, 232-235.-
- LEONARD P. et MASSION J.- L'apport pré-opératoire du médecin dans l'indication de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 967-983 (Bibliogr.) (texte français).
- LICHTENAUER F. et TREPTON H.R.- Troubles du flux biliaire. Suites des cholédoco-duodénostomies et papillotomies.- Münch. méd. Wschr., 23 janv. 1970, 112, n°4, 129-134, 6 tabl. (Bibliogr.).-
- LLAURADO A., SERES I. et PENALVA F.- Indications et techniques de la papillotomie oddienne.- An. hosp. Santa Cruz, mai-juin 1961, 21, n°3, 358-361.-
- LLAURADO A. et SANTASUSAGNA M.G.- Indications et technique de la papillotomie.- Rev. méd. Est. gen. Navarra, sept. 1961, 5, n°3, 260-265, 8 fig. (texte espagnol).-
- LLAURADO A. et TRIAS R.- Notre expérience dans la sphinctérotomie. Commentaires sur 1012 cas.- An. Hosp. Santa-Cruz, juil-août 1968, 28, n°4, 277-290, 17 fig. (Bibliogr.).-
- LLAURADO A. et TRIAS R.- 1000 sphinctérotomies.- Lyon chir., mars Av. 1969, 65, n°2, 277-279.-
- LONGUET Y.J.- Indications et contre-indications de la sphinctérotomie oddienne d'indication biliaire.- Entretiens de Bichat (chirurgie et spécialités), 1966, 53-62, Expansion scient. franç., édit., Paris).-
- LOPEZ-GILBERT J.- Manométrie biliaire poste-sphinctérectomie.- 21^{ème} congrès Mondial Gastro-entérol, Munich. 1962, 3, "Problèmes actuels des affections du foie", 1963, 646-649.-
- LOUPSCH H.- Résultats fonctionnels, complications et échecs, indications légitimes et abus de la sphinctérotomie oddienne dans la lithiase biliaire.- Rev. internat. Gépat., 1965, 15, n°5, 901-912 (texte français).-
- MACKOWSKI A.- La sphinctérotomie dans le traitement chirurgical des calculs du cholédoque.- Chirurgia (Moscou), 1966, n°10, 49-55,.

- MAGENDIE J., BRUN G. et CLARAC J.P.- Les pancréatites aiguës, complication de la sphinctéroplastie.- Bordeaux chir., janv. 1965, n°1, 36-37.-
- MAGENDIE J., DOUTRE L.P. et TAVERNIER J.- Le reflux après sphinctéroplastie. Etude radio-cinématographique.- Bordeaux chir., av. 1965, n°2, 53-54.-
- MAHORNER H.- Cholédoco-ampullectomie transduodénale : les résultats.- Prem. méd. argent., 24 sept. 1971, 58, n°30, 15515-1517.-
- MALLET-GUY P.- Indications de la papillectomie et de la sphinctérotomie d'Oddi.- Prensa méd. argent., 1964, n° cinquanteaire, 209-213.
- MAILLET-GUY P., RIEDWEG M. et DEJOUR H.- Analyse expérimentale des effets de la section partielle du sphincter d'Oddi dans les hyperpressions duodénales provoquées.- Lyon chir., nov. 1963, 59, n°6, 821-824.-
- MAILLET-GUY P. et ROUSSET L.P.- Statistique personnelle de sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 1031-1035 (texte français).
- MAILLET-GUY P. et ROUSSET L.P.- Documents pour l'étude fonctionnelle de la sphinctérotomie oddienne.- Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°7, 1299-1316, 7 fig.
- MANUEL A., TEIXERA D.A. et DE MORAIS A.C.- Chirurgie du sphincter d'Oddi.- O Médico, 5 août 1965, 16, n°727, 294-300, 7 fig. (Bibliogr.).
- MARCHAL G. et coll.- Les altérations du sphincter d'Oddi au cours de la lithiase biliaire. A propos de 47 biopsies per-opératoires.- Montpellier chir., 1964, 10, n°1, 37-41.
- MARCHAL G., BOUSQUET M. et BALMES M.- Sphinctéroplastie oddienne. Technique et résultats à propos de 162 cas.- Montpellier chir., 1967, 13, n°5, 677-691.-
- MARSHALL R.D.- Ampullectomie transduodénale dans la chirurgie du canal cholédoque.- Australian New Zealand J. Surg., nov. 1962, 32, 160, in internat. Surg. Dig., av. 1963, 72, n°4, 147-148.-
- MERCADIER M. et DE ARAUJO TEIXEIRA A.M.- La sphinctérotomie oddienne est-elle toujours une opération sans séquelles ? - Médico, 22 août 1963, 14, n°625, 314-322, 18 fig. -Bibliogr.) (résumé français).-
- MESTER E.- Les indications et les résultats de la sphinctérotomie.- Rev.internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 925-933 - Bibliogr.) (texte français).-

- MONOD-BROCA Ph., TESTAS P. et COHEN R.- Résultats immédiats et lointains de 38 interventions sur le sphincter d'Oddi au cours de la lithiase biliaire.- Ann. Chir., (suppl. Sem. Hôp. Paris) juin 1966, 20, n°11-12, 773-779.
- MONTALIDO H.C., BUSTOS R., PIRIZ H. et SEIGAL J.- Papillotomies et sphinctérotomies, valeur dynamique des secteurs sectionnés. Le couloir oddien. Etude électromanométrique.- Prensa méd. argent., 4 juil. 1969, 56, n°18, 836-840.
- MONTIES J.R.- La place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie des affections lithiasiques de la voie biliaire principale (étude des indications et des résultats éloignés de 251 interventions dont 73 sphinctérotomies).- Thèse Marseille, 1960, n°118.-
- MOREAUX J. et TEIXEIRA A.S.- Les résultats éloignés de la sphinctérotomie oddienne.- Ann. Chir., mars 1966, 20, n°5-6, C. 340-C.342.
- MORICA F. et DONADIO F.- Détails techniques dans les interventions plastiques sur la papille de Vater.- Minerva chir. 15 Av. 1965, 20, n°7, 270-271.
- MOUCHET A., MARQUAND J., GUIVARC'H.M. et LENRIOT J.P.- La sphinctérotomie d'indication biliaire. Etude d'une série de 180 cas. Indications et résultats.- Mém. Acad. Chir., 1965, 91, n°30-31, 987-994.-
- MULLER-BEISSENHIRTZ P.- Problème de la papillotomie dans le cadre des affections des voies biliaires efférentes.- Langenbecks Arch. klin. Chir., 1967, 318, n°3, 217-232, 6 fig., 6 tabl. (Bibliogr.).
- NIELUBOWICZ J. et OLSZENWSKI W.- Cicatrisation de l'ampoule de Vater après sphinctérotomie expérimentale chez le chien.- Brit. J. Surg., nov. 1964, 51, n°11, 870-871, 5 fig.
- NOGUEIRA C.E.D.- Sphinctérotomie du sphincter d'Oddi.- Hospital, mars 1966, 69, n°3, 463-485, 8 fig. (Bibliogr.) (Résumé français).
- OLIVIER Cl. et RETTORI R.- Contrôle radiologique et radio-manométrie de la voie biliaire principale après sphinctérotomie.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Gôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C.356.-
- OLIVIER Cl., RETTORI R. et LOISON- Complications pancréatiques précoces de la sphinctérotomie d'indication biliaire.- Mém. Acad. Chir. 6-13 nov. 1963, 89, n°28-29, 781-787.-

- OLIVIER Cl. et coll.- Suites immédiates et résultats éloignés de 108 sphinctérotomies oddiennes d'indication biliaire.- J.Chir., mars 1965, 89, n°3, 269-280.
- OLIVIER C. et RETTORI R.- Suites immédiates et résultats éloignés de 108 sphinctérotomie oddiennes d'indication biliaire.- Journées internat. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 601-604 (texte français).
- ORTIZ F.E.- Sphinctéropapillotomie adaptée à chaque cas.- Pres. Méd. argent., 12 nov. 1971, 58, 37, 1822-1824, 9 fig. (Bibliogr.).
- PAOLAGGI J.A.- Résultats fonctionnels de la sphinctérotomie oddienne.- Vie méd. (évolution méd. Thérap.), janv. 1966, 47, 36.-
- PERI G., FLACCAVENTO S. et BLINI V.- Etude anatomo-chirurgicale de la confluence bilio- pancréatique au niveau de la papille de Vater et en particulier la sphinctérotomie oddienne.- Arch. ital. Chir., 1968, 94, n°2, 240-252, 10 fig. (Bibliogr.) (résumé français).-
- PI-FIGUERAS J. et GIBERT J.L.- Manométrie biliaire après sphinctérotomie.- Rev. Méd. Est. gen Navarra, sept. 1961, 2, n°3, 252-255 (texte espagnol).
- PI-FIGUERAS J. et ARTIGAS V.- La sphinctérotomie dans les affections du choledoque.- Rev. Méd. Est. gen. Navarra, sept. 1961, 2, n°3, 304-308 (texte espagnol).
- PI-FIGUERAS J.- Indications et résultats de la sphinctérotomie oddienne.- Journées internat. Hépat., Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 487-496 (texte français).
- POILLEUX F.- Place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie des voies biliaires.- Concours méd., 1er fév. 1964, 86, n°5 717-719.
- POILLEUX F., HOUDARD Cl. et MICHON H.- La sphinctérotomie oddienne.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir., -(suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C.347-C.348.-
- POILLEUX F., et LARRIEU H.- Les indications de la sphinctéroplastie.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 Sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, n°5 6, C.365- C.370.-

- POILLEUX F., MICHON H. et VANETTI A.- Accidents immédiats de la sphinctérotomie.- Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), nov. 1964, 18, n°23-24, 1420-1423.-
- POILLEUX F. et ALEXANDRE J.H.- Résultats fonctionnels et complications tardives des sphinctérotomies oddiennes.- Journées internat. Hépat., Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 521-542, 15 fig. (texte français).
- POTORAK J.L.-Un essai d'évaluation de la fonction du sphincter d'Oddi après sphinctérotomie.- Polski Tygod. Lek., 1966, 21, n°4, 137-139 (Bibliogr.).
- PREVOST J.J.- A propos de la sphinctérotomie oddienne transduodénale en pathologie biliaire. Valeur technique et Benigne habituelle de l'intervention dans une statistique de 240 cas thèse Amiens.-
- PRIOTON J.B.- La sphinctérotomie oddienne d'indication biliaire : pourquoi, comment, avec quels résultats ? - Montpellier chir., 1970, 16, n°5, 427-449.-
- REICHLE R. et KRAFT E.- Expériences de sphinctérotomie.- Langenbecks Arch. klin. Chir., 1963, 303, n°1, 11-22 (Bibliogr.).
- RETTORI R.- Etude d'une centaine de sphinctérotomies oddiennes.- Entretiens de Bichat (Chirurgie et spécialités), 1966, 67-70, expansion scient. franç., édit., Paris.
- REYNOLDS B.M. et BALSANO N.A.- Nouvelle méthode de sphinctérotomie.- Surg. Gynec. Obstet., fév. 1971, 132, n°2, 297-298.
- RIVES J.- Technique, possibilités et limites d'une "papillotomie sélective".- J. Chir., fév. 1961, 81, n°2, 197-214, 18 fig.
- RIVES J., STOPPA R., LARDENNOIS B. et PREVOST J.J.- A propos de la sphinctérotomie oddienne, une technique de sécurité : la sphinctérotomie sur sonde au bistouri électrique.- Ann. Méd. Pharm. Reims, 1968, déc., 5, n°5, 379-388 (Bibliogr.).
- RIVES J. et STOPPA R.- Technique de la sphinctérotomie oddienne sur sonde en gomme au bistouri électrique.- Presse méd., 1er et 22 juin 1968, 76, n°27, 1353-1356, 9 fig.
- ROSA R. (de) - Indication limitée de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 803-814 (Bibliogr.) (texte français).
- ROSENTHAL A.- Sphinctérotomie et drainage transpillaire du cholédoque. Chirurg., août 1965, 36, n°8, 350-354, 9 fig. (Bibliogr.).

- ROTHWELL-JACKSON R.L. - Sphinctéroplastie dans le traitement des affections biliaires et pancréatiques.- Brit. J. Surg., Août 1968, 55, n°8, 615-622 (Bibliogr.).
- ROUX M. et RETTORI R.- Résultats éloignés de la sphinctérotomie.- Colloque sur la Sphinctérotomie, Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, 16, n°5-6, C.342-343.-
- ROUX M., DEBRAY Ch., LE CANNET R. et THOMAS J.- Résultats éloignés de la sphinctérotomie oddienne.- Mém. Acad.Chir., mars 1963, 89, n°11-12 et 13, 369-376.-
- ROUX M., VAYRE P. et FARAH A.- Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne. Indications et résultats.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 783-790 (texte français).
- ROUX M., ARSAC M., VAYNE P. et FARAH A.- La place de la sphinctérotomie oddienne dans la chirurgie biliaire.- Rein et Foie, 1966, 8, 85-98, 6 tabl. (Bibliogr.).
- SALEMBIER Y.- Indications et principes techniques des interventions sur le sphincter d'Oddi dans la lithiase et l'oddite.- Colloque sur la sphinctérotomie. Hôpital Broussais, 30 sept. 1961, in Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), mars 1962, n°5-6, C.354-C. 365.-
- SALEMBIER Y.A.- Sphinctéroplastie oddienne.- Presse méd., 17 mars 1962, 70, n°13, 636, 7 fig.
- SALEMBIER Y.- Indications, principes techniques et résultats des interventions sur le sphincter d'Oddi dans la lithiase et l'oddite Lyon chir., juil. 1962, 58, n°4, 518-523.-
- SALEMBIER Y.A.- Encore de la sphinctérotomie : - Presse méd., 20 nov. 1963, 71, n°49, 2370.-
- SALEMBIER Y.- Sphinctérotomie. Pancréatite aiguë. Anurie.- Arch. Mal. App. dig., janvier février 1964, 53, n°1-2, 135-140.-
- SALEMBIER Y.- Indications de la "non sphinctérotomie".- Lyon chir., sept. 1965, 61, n°5, 731-736.-
- SALEMBIER Y.- Indications et résultats de la sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 917-923 (Texte français).
- SALEMBIER Y.- Pancréatites aiguës après opérations sur le sphincter d'odd.- Acta chir. belg., mars 1967, 66, n°3, 267-270.-
- SALLERAS LINARES V.-Sphinctérotomie transduodénale. Indications et techniques chirurgicales.- Rev. Méd. Est, gen. Navarra, sept. 1961, 2, n°3, 266-268 (texte espagnol).-

- SALEMBIER Y.- Contrôles mano-débitométriques après sphinctérotomies.-
Acta gastro-ent. belg., juil. 1971, 34, n°7, 544-549.-
- SAPISOCHIN E. et BERESTEN S.- La papillotomie transduodénale d'urgence dans les accidents bilio-pancréatiques aiguë - Prensa Méd. argent., 8 sept. 1961, 48, n°36, 2485 (Bibliogr.).
- SCIACCA F.- Indications de la sphinctérotomie dans la chirurgie de l'odde biliaire.- J. Chir., sept. 1964, 88, n°3, 149-170, 27 fig.
- SCIACCAF.-Egalement dans la sphinctérotomie, la vérité est dans le juste milieu.- Journées internat. Hépat., Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 480-486 (Résumé français).-
- SEGURET J.L.- Le reflux après sphinctérotomie.- Thèse Paris, 1962, n°1160, 68 pages.-
- SEMAT P. et GRAS F.- L'apport de la radiologie dans le traitement de la lithiase du cholédoque par sphinctérotomie avec sphinctéroplastie. (A propos de 4 observations).- J. Radiol. Electrol., nov. 1962, 43, n°11, 706-710 -Bibliogr.).
- SEOR J., RIVES J. et STOPPA R.- La papillotomie en chirurgie biliaire. (Notre technique et nos indications).- Afrique franç. chir., 1er trim. 1961, 19, n°1, 45-52, 10 fig.
- SEROR J., MANSOURI H. et STOPPA R.- Notre statistique de sphinctérotomie.- Journées internat. Hépat., Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 565-574 (texte franç.).
- SHIPMAN J.J.- Dilateur et directeur pour sphinctérotomie.- Lancet, 12 sept. 1964, n°7359, 569.-
- SIMON G.C.- Réflexions sur la sphinctérotomie en chirurgie biliaire.- B.M. Soc. Chir. Paris, 1969, 59, n°3, 154-156.-
- SOLER ROIG J.- Papillotomie transduodénale.- Rev. Méd. Est. gen. Navarra, sept. 1961, 5, n°3 269-271 (texte espagnol).-
- STALPORT J. et HORECZKI G.- Papillotomie et fonction oddienne.- Acta chir. belg., nov. 1963, 62, n°8, 813-830.-
- STALPORT J. et LETAWE P.- De la sphinctérotomie oddienne à l'abord transduodéal du cholédoque.- Acta gastro-enterol. belg., mars 1970, 33, n°3, 226-236 (Bibliogr.).

- STASSA G. et GRAFE W.R.- L'évaluation cinéradiographique des voies biliaires après traitement médicamenteux suivant la cholécystectomie, la sphinctérotomie et la vagotomie.- Radiology. Août 1968, 91, n°2, 297-301 (Bibliogr.).
- STILLER H.- Problème dans le traitement des troubles d'écoulement de la bile dans les voies distales et la papille (sphinctérotomie sphinctéroplastie).- Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1963, 303, n°1, 41-65, 13 fig. (Bibliogr.).
- STILLER H. et EISENREICH F.- Ré-interventions sur les voies biliaires cholédocho-duodénostomie ou mesures sur le sphincter d'Oddi.- Langenbecks Arch. Chir., 1969, 325, 386-400, 6 fig.
- STOLL G.- Impressions cliniques et techniques tirées de 20 sphinctérotomies oddiennes.- sem. Hôp. Paris, 20 av. 1962, 38, n°22, 135-1357, 6 tabl. (Bibliogr.).
- STOLL G. et WAGNER R.- Etude critique de la sphinctérotomie oddienne. Strasbourg méd., nov. 1962, 13, n°10, 794-801 (Bibliogr.).
- STOPPA R., SEROR J., RIVES J. et PREVOST J.J.- Notre expérience de la sphinctérotomie oddienne en pathologie biliaire. A propos d'une série homogène de 240 observations.- A., Chir., nov. 1968, 22 n°23-24, 1347-1356 (Bibliogr.).
- STROZ G.- Techniques et indications des interventions sur le sphincter d'Oddi, au cours des affections non tumorales des voies biliaires et en particulier de la lithiase.- Thèse Paris, 1963, n°275, 53 pages.-
- SUGASTI J.A.- Sphinctéroplastie. Technique personnelle.- Prensa méd. argent., 22 sept. 1967, 54, n°30, 1631-1635, 7 fig.
- SUGASTI J.A.- Indications, technique et résultats de la sphinctéroplastie dans 180 cas opérés.- Prensa méd. argent., 27 juin 1969, 56, n°17, 789-793.-
- SUGASTI J.A.- Sphinctéroplastie.- Pren. méd. argent., 1er oct. 1971, 58, n°31, 1549-1561, 46 fig. (Bibliogr.).
- SUIRE P., VACHERAT J. et OVIDE M.- Les relations entre la technique et les complications de la sphinctérotomie oddienne, d'indication biliaire.- Mém. Acad. Chir., 1965, 91, n°32-33, 1092-1102 (Bibliogr.).
- SZELECZKY G. et NAGY T.- Rapport d'expérience sur la sphinctérotomie trans-duodénale : complication et léthalité.- Bruns'Beitr. klin. Chir., mai 1969, 217, n°3, 241-246 (Bibliogr.) (Résumé français).

- TASCHIERI A. M., BRESCIANI L., MESSETTI M. et NASTRI G.- considération après contrôle à distance de la papillo- sphinctérostomie transduodénale.- Arch. ital. chir., 1969, 95, N°4, 490-506 (résumé français).-
- TAUBERT E.- Papillotomie transduodénale.- Zbl. Chir., 17 juil. 1965, 90, n°29, 1697-1709, 14 fig. (Bibliogr.).
- TERQUEM J.- 100 cas de sphinctérotomie oddienne.- B.M. Soc. Chir. Paris, 1969, 59, n°3, 151-153.-
- THOMAS C. G. Jr., NICHOLSON C.P. et OWEN J.- Efficacité de la cholédochooduodénostomie et de la sphinctérotomie transduodénale dans le traitement de l'obstruction bénigne du cholédoque.- Ann. Surg. juin 1971, 173, n°6, 845-856, 7 fig., 6 tabl. (Bibliogr.).-
- TOUPET A.- Présentation d'un instrument permettant de réaliser simplement une sphinctérotomie par le cystique.- Mém. Acad. Chir., 24 Av. 8 mai 1963, 89, n°14-15, 437-439.-
- TRIVELLINI A.- Revue : Papillotomie : ombres et lumières.- Arch. ital. chir., 1965, 91, n°4, 489-492.-
- UYSAI T.- Sphinctérotomie transduodénale par catheter.- Amer. J. Surg., déc. 1970, 120, n°6, 820-821 (Bibliogr.).
- VAJCNER A. et GROSSLING S.- Evaluation physiologique de la sphinctéroplastie.- Surgery, oct. 1967, 62, n°4, 589-595 (Bibliogr.).
- VAN DEN EYNDE P. et BUISSERET E.- Indications de la sphinctérotomie.- Acta gastro-enterol. belg., juil 1961, 24, n°7, 431-438 (Bibliogr.).
- VOLKOVA N.V.- Sphinctérotomie.- Chirurgia (Moscou), 1969, n°8, 133-137 (Bibliogr.).
- VOSSCHULTE K.- Indications et résultats de la sphinctérotomie.- Journées internat. Hépat. Lyon, 2-5 juin 1965, in Rev. internat. Hépat., 1966, 16, n°3, 611-614 (texte allemand).
- WALTERS W., TAMA L. et MAGISANO J.- Pancréatite aiguë hémorragique et nécrose associées à sphinctérotomie cholédocienne.- Surg. Clin. North Amer., août 1961, 41, n°4, 979-990 (Bibliogr.).
- WALZ U.M.- Sphinctérotomie trans-duodénale.- Langenbecks Arch. Klin. chir., 1968, 323, n°1, 1-17 (Bibliogr.).
- WEBB W.R., DE GUZMAN V.C., HOOPES J.E. et DOYLE R.A.- Evaluation expérimentale de la sphinctéroplastie avec et sans tube en T long.- Surg. Gyn. Obst., juil. 1964, 119, n°1, 62-66 (Bibliogr.).

WENSE G.- Syndrome hémorragique, complication possible après sphinctérotomie.- Chirurg. fév. 1970, 41, n°2 70-71 (Bibliogr.).

WIECHNO W.- Sphinctérotomie.- Rev. internat. Hépat., 1965, 15, n°5, 999-1006, 5 fig. (Résumé français).

X. - Colloque sur la sphinctérotomie.- Ann. Chir., mars 1962, 16, n°5-6, 341(375.-

ZAVALETA D.E.- Indications et résultats de la sphinctérotomie. Notre expérience avec 79 cas opérés.- Rev. internat. Gépato., 1965, 15, n°5, 829-837 (Résumé français). - ZINNY J.S.- Papillosphincterotomie : résultats.- Prensa méd. argent, 8 sept. 1967, 24, n°28. 1460-1461.-

